Rok XLIX. Kraków, dnia 26. lutego 1910. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O zaburzeniach kojarzeń w stanach gonitwy myślowej.

Napisał

Doc. Dr Jan Mazurkiewicz.

(Dokończenie).

Zgodne podania wielu chorych, twierdzących po wyzdrowieniu z bezładnych stanów gonitwy myślowej, że stany te są bardzo pokrewne ze stanami marzeń sennych, czynią pożądanem zestawienie ich z tymi stanami marzeń.

Jednakże literatura, nawet lekarska, mająca za przedmiot urojenia senne, nie dała dotąd na tyle pewnych wyników, ażeby je można było spożytkować bez wielkiego krytycyzmu i ostrożności.

Sądząc z tej literatury, starannie zebranej i zestawionej przez Freuda [11]), w niektórych przypadkach proces kojarzeniowy we śnie cechuje się tą samą prawidłowością, krytycyzmem i innemi właściwościami, które wykazuje na jawie proces kojarzeniowy i charakter człowieka śniącego. Niektórzy autorowie podają przykłady rozwiązywania we śnie zagadnień, których śniący dnia poprzedniego na jawie nie zdołał rozwiązać.

W innych zaś, częstszych, przypadkach najwybitniejszą cechą kojarzeń sennych jest ich mniej lub więcej daleko idący bezład, łączenie w jedną całość najskrajniejszych nieraz przeciwieństw bez żadnych wahań i wątpliwości, jak gdyby one żadnych sprzeczności w sobie nie zawierały.

Oba te rodzaje przeciwstawnych sobie kojarzeń sennych posiadają dwie cechy wspólne, a więc powszechne dla każdego, który śni (Delboeuf [12]): 1) niezależność od czasu i miejsca, w którym się śniący znajduje; 2) sytuacye, stwarzane przez marzenia senne, są uważane przez śniącego za rzeczywistość i mogą wywołać silny odczyn uczuciowy. To »przeżywanie« snów tłómaczy Strümpell [13]) brakiem korekty przez ruchy gałek ocznych i spostrzeganie.

Prawa kojarzeniowe wyrażają się w urojeniach sennych w sposób wyłączniejszy i silniejszy, aniżeli w kojarzeniach normalnych na jawie [14]), bo — jak mówi Strümpell — »refleksya i rozsądek, poczucie estetyczne i sąd obyczajowy są tu bezsilne«. Największe zbrodnie mogą być bez żadnych wyrzutów sumienia rzekomo popełniane we śnie, szczególniej zaś często daje się spotykać wyjątkowa rozwiązłość i bezwstyd pod względem płciowym.

Zdolność do odtwarzania nawet w drugiej kategoryi snów (bezładnych) bywa częstokroć nawet znaczniejsza, aniżeli na jawie. Jest to objaw t. zw. hypermnezyi. Pomimo tej hypermnezyi »urojenie senne — mówi Freud — jest bezładne, łączy bez skrupułu najgorsze sprzeczności, dopuszcza niemożliwości, pozostawia na boku naszą wiedzę, wywierającą znaczny wpływ za dnia, okazuje nas jako ludzi etycznie i moralnie otępiałych. Ktoby się na jawie chciał tak zachowywać, jak to sen w swych sytuacyach przedstawia, tego uważalibyśmy za umysłowo chorego; ktoby na jawie tak mówił, albo o takich rzeczach powiadamiał, jakie się zdarzają w treści marzeń sennych, ten sprawiałby wrażenie chorego na bezład myślowy, albo niedołęstwo umysłowe«. Freud przytacza swoje zdanie o kojarzeniach w histeryi: »Takie nienormalne psychiczne opracowanie normalnego biegu myślowego zdarza się tylko wtedy, jeżeli bieg myśli przejął na siebie nieświadome życzenie, pochodzące z dzieciństwa i odepchnięte«, odrzucone na jawie przez wychowanie, wymogi otoczenia i własny rozsądek. Freud sądzi, iż zdanie to w zupełności stosuje się do urojeń sennych, i widzi pomiędzy psychologią nerwic (szczególniej histeryi) i urojeń sennych »całkowitą tożsamość« (str. 370).

Pomijając to ostatnie, daleko idące i trudne do uzasadnienia zapatrywanie Freuda, należy stwierdzić — o ile można wogóle polegać na materyale, dotyczącym urojeń sennych, a podawanym przez różnych autorów, — że kojarzenia myślowe we śnie bywają bardzo rozmaite i że możnaby je ułożyć w pewien szereg, rozpoczynający się od ściśle krytycznych kojarzeń, doprowadzających nawet niekiedy do rozwiązywania zagadnień naukowych, a kończący się na kojarzeniach bezkrytycznych, fantastycznych, lub wręcz bezładnych i nie wykazujących wogóle żadnych zahamowań.

Doświadczenie kliniczne dowodzi, że gonitwa myślowa bywa również różnych stopni, które możnaby także ułożyć w szereg, rozpoczynający się od kojarzeń jeszcze zupełnie krytycznych, a kończący się na zupełnym bezładzie myślowym.

Wnosząc z danych klinicznych, a mianowicie ze zgo-

[11]) Die Traumdeutung. II. Auflage, 1909.
[12]) Przytaczany przez Freuda l. c.
[13]) l. c.
[14]) We śnie zdarzają się kojarzenia mniej lub więcej wyłącznie dźwiękowe, jak w gonitwie myślowej.

dnych twierdzeń wielu ozdrowieńców, należy stwierdzić fakt, że pewne ostre stany gonitwy myślowej — szczególniej wyższych stopni — pozostawiają po sobie w pamięci chorych wrażenie, jak gdyby ów okres chorobowy prześnili.

Istotnie kojarzenia myślowe w obu tych stanach wykazują wielkie pokrewieństwo.

I we śnie, i w bezładnej gonitwie myślowej dany osobnik posiada wrażenie istotnego przeżywania tych sytuacyi, stanów i obrazów, które się kolejno przez jego myśl przesuwają, — i nie posiada zrozumienia istotnego swego położenia: człowieka śpiącego w domu na swem łóżku, albo chorego, pozostającego w zakładzie leczniczym. W obu tych stanach granica pomiędzy rzeczywistością, a jej fizyologicznym symbolem, mniej lub więcej całkowicie się zaciera. Odczyn afektywny danego osobnika na jego kojarzenia senne, albo chorobowo-bezładne (w gonitwie myślowej), jest tak silny, jak na rzeczywiste sytuacye życiowe. Czynność pamięciowa w obu stanach jest nietylko zachowana, ale wykazuje nawet wręcz pewne wzmożenie (hypermnezya), przyczem jednakże siła hamująca wszystkich dotychczasowych doświadczeń życiowych znika zupełnie i dowolność zajmuje miejsce wszelkich hamulców, narzucanych człowiekowi przez wychowanie i współżycie z innymi ludźmi. Pomimo hypermnezyi następuje w obu stanach często błędne utożsamianie poszczególnych osób, przedmiotów, sytuacyi lub symbolów na podstawie jakiejś nikłej wspólnej cechy zewnętrznej. Kojarzenia myślowe w obu stanach wykazują brak nici przewodniej i hierarchicznego ugrupowania i są częściej, niż w warunkach prawidłowych, (w których myślenie odbywa się przedewszystkiem za pośrednictwem symbolów wyrazowych), — kojarzeniem obrazów myślowych. — Wreszcie wspólną cechą obu tych stanów jest to, że po ich minięciu dany osobnik ma wrażenie pewnej ich obcości w stosunku do własnego prawidłowego stanu psychicznego na jawie, przyczem pamięć minionego stanu okazuje mniej lub więcej wybitne braki.

Pokrewieństwo procesów kojarzeniowych w bezładnej gonitwie myślowej i bezładnych urojeniach sennych zdaje się wobec powyższego zestawienia nie ulegać wątpliwości.

Ale z drugiej strony, nie należy pomijać (jak to Freud pomija w swem zestawieniu psychologii histeryi z psychologią snów) i wybitnych różnic, jakie zachodzą pomiędzy stanem urojeń sennych, a stanem gonitwy myślowej.

Więc przedewszystkiem gonitwa myślowa jest stanem niewątpliwie i wybitnie chorobowym o określonej etyologii i o pewnym przebiegu, trwającym przez przeciąg szeregu tygodni lub miesięcy bez żadnej lub prawie żadnej przerwy nawet na sen, w dzień i w nocy, przy zachowanem — jakkolwiek nieraz chorobowo zmienionem — spostrzeganiu podniet zewnętrznych, i przy zazwyczaj silnem podnieceniu ruchowem. Chory z bezładną gonitwą myślową postępuje w rzeczywistości w myśl swoich urojeń, jak tego przykładem jest wyrzucenie chorego dziecka przez p. P. na podłogę.

Inaczej jest z urojeniami sennemi, które wprawdzie łatwiej i częściej występują w pewnych stanach podrażnienia układu nerwowego, n. p. przy gorączkach zakaźnych, niektórych zatruciach, w przebiegu nerwic i wogóle u ludzi z mniej odpornym układem nerwowym, albo u ludzi zdrowych po silnych wstrząsach i wrażeniach, — ale co do których nie można zaprzeczyć, że bywają także u ludzi, nie okazujących żadnych objawów zaburzeń lub upośledzenia układu nerwowego, a więc jako zjawisko zupełnie fizyologiczne.

Fizyologiczne urojenia senne w przeciwstawieniu do bezładnej gonitwy są krótkotrwałe, nie zdarzają się na jawie, ale podczas snu, kiedy spostrzeganie świata zewnętrznego jest całkowicie, albo prawie całkowicie zniesione, narząd ruchowy śniącego pozostaje w spoczynku, mniej lub więcej zupełnym, i gwałtowny ruch wywołuje przerwę kojarzeń sennych i przejście w stan czuwania.

Tak więc spostrzeganie, szczególniej zaś zachowanie się — które wszakże należą do integralnych składników psychologii danego osobnika, o czem Freud zdaje się zapominać, gdy mówi o »tożsamości psychologii nerwic i urojeń sennych« — są zupełnie różne w fizyologicznych stanach urojeń sennych i w chorobowych stanach gonitwy myślowej.

Porównawcze zestawienie kojarzeń myślowych we śnie i w gonitwie myślowej upoważnia nas do następujących wniosków: 1) Sposób kojarzenia wyrazów i wspomnień w obu tych stanach jest bardzo pokrewny, cechuje się brakiem nici przewodniej, brakiem wszelkich zahamowań i bezładną hypermnezyą. 2) Różne są zupełnie warunki, wśród których oba te stany powstają, różny jest zupełnie czas ich trwania i przebieg, i wreszcie radykalnie różny jest sposób zachowania się ustroju w obu tych stanach wobec otoczenia, inny jest sposób jego oddziaływania na podniety zewnętrzne.

Z zestawienia tego wynika, że bezład kojarzeń myślowych bynajmniej nie jest podstawowym objawem chorobowych stanów gonitwy myślowej, skoro go spotykamy i w stanie fizyologicznym, mianowicie w snach, i że wbrew twierdzeniu Freuda, który z powodu pokrewnego sposobu kojarzeń myślowych mówi o tożsamości psychologii nerwic i urojeń sennych, — należy stwierdzić, iż podstawowym objawem chorobowym w stanach gonitwy myślowej jest zmieniony sposób oddziaływania na podniety zewnętrzne, jest niwelacya dotychczasowego realnego stosunku ustroju do otoczenia.

W celu sprawdzenia wyników, otrzymanych za pośrednictwem obu zastosowanych do I. przykładu metod, zestawimy jeszcze nasze przykłady kliniczne z innym przykładem, w którym symbole wyrazowe zjawiają się do pewnego stopnia »in statu nascendi«.

25-miesięczne dziecko, cieleśnie zupełnie zdrowe i pod względem intelektualnym bardzo dobrze rozwinięte, kojarzyło w pewnej chwili wyrazy w następujący sposób.

»Tu Osia będzie spać, daj wujku ołówek, czem Osia ma pisać, wujek, wujek, masz to. — Tfe, tfe, tfe (śpiewa). Tatusiu, kolanka, Osia będzie pisać na tem. Napisać królika. Co to tatuś przyniósł? I mamusię przyniósł? I Osię przyniósł. Królik, jaki królik, ma ogonek, kupka królika, — to oczko. Mamusię napisać. Wujek, zobacz królika. To Osia siada na ziemi, nie trzeba tak siadać na ziemi. Siadać na stołeczku, bo brudzisz rzeczy. Tam to zobaczysz mamusię, ma uszki mamusia, śpi, — oczki otwiera. Tu niema ma-

musi. — Mamusiu, to mamusia. Mamusiu królik, mały, ma uszki, co on robi? Tu zapałki«.

Całość tej wypowiedzi Osi zbliża się pod niektórymi względami do przykładu gonitwy myślowej p. P. Niema w niej, jak i w pierwszej odpowiedzi p. P., żadnej nici przewodniej, wiążącej wszystkie zdania w jedną całość organiczną, nadającej im pewien kierunek, któryby można określić jednym wyrazem lub jednem «nadwyobrażeniem«. Osia przeskakuje tu z jednego przedmiotu na drugi i mówi o spaniu, o ołówku, o króliku, o tem, co tatuś przyniósł, wraca znowu do królika, przeskakuje do siadania na ziemi, do mamusi, jej uszek i spania, jeszcze raz do królika, i wreszcie do zapałek. Do niektórych przedmiotów (królik, mamusia) powraca wprawdzie dziecko parokrotnie, ale pomimo tego całość jest bezładna w tem znaczeniu, że żadnego hierarchicznego ugrupowania symbolów wyrazowych nie wykazuje. Mamy tu zatem niwelacyę symbolów wysokiego stopnia.

Skądinąd jednak można wykazać wybitne różnice pomiędzy przykładem Osi, a stanem gonitwy myślowej p. P.

W rzeczywistości pierwsze zdanie »tu Osia będzie spać« wypowiedziane zostało na widok kanapy, na której siedział wujek. »Daj wujku ołówek« było odczynem na widok ołówka, którym wujek zapisywał słowa dziecka, — »czem Osia ma pisać?« odczynem na odmowę ołówka, którą dziecko się nie przejmuje, przechodząc zaraz do innego spostrzeżonego przedmiotu, który podaje wujkowi ze słowami: »wujku, masz to«. Dalszy ciąg odbywa się już nie przy kanapie, ale przy biurku na kolanach tatusia, na skutek żądania »tatusiu kolanka«. Widok papieru na biurku wywołuje zdanie »Osia będzie pisać na tem« i »napisać królika«, widok paczki zawiniętej — pytanie: »co to tatuś przyniósł?«, widok stojących na biurku fotografii wywołuje zapytanie: »I mamusię przyniósł? I Osię przyniósł?« Widok narysowanego królika: »królik, jaki królik, ma ogonek. — kupka królika, — to oczko. Mamusię napisać. Wujek, zobacz królika«. — »To Osia siada na ziemi« i dalszy ciąg wywołane zostało znowuż widokiem własnej fotografii, zaś »tam zobaczysz mamusię«... widokiem fotografii matki; odwrotna strona tej fotografii wywołuje uwagę »tu niema mamusi«. Na wejście matki do pokoju, oddziaływa dziecko pokazaniem jej fotografii, a następnie rysunku królika, poczem przechodzi do zapałek, leżących na biurku.

Zatem w rzeczywistości wszystkie powyższe zdania dziecka były w każdym poszczególnym przypadku bezpośredniem oddziaływaniem na podniety zewnętrzne, mianowicie wyłącznie wzrokowe, ponieważ przez cały czas, przez który Osia bez żadnej dłuższej przerwy mówiła, tatuś i wujek zachowywali zupełne milczenie, odpowiadając na zapytania tylko przeczącem lub potakującem skinieniem głowy.

Wiadomo, że w stanach gonitwy myślowej często kojarzenia są wywoływane już przez takie podniety zewnętrzne, które u tego samego człowieka za czasów zdrowia nie wywołują żadnych kojarzeń. Ale jeśli p. P. bladość pytającego skojarzyła z podróżą leczniczą, to cały szereg dalszych kojarzeń był wywołany już nie przez podniety zewnętrzne chwili bieżącej, ale przez poprzednio wypowiedziane symbole. U Osi zaś każde zdanie wywołane jest bezpośrednią podnietą chwili bieżącej, z jedynym wyjątkiem twierdzenia »nie trzeba tak siadać na ziemi, siadać na stołeczku, bo brudzisz rzeczy«, które jest wyrażeniem doświadczeń dawniejszych. Wszystkie zaś inne przytoczone zdania Osi są albo nazywaniem widzianego przedmiotu lub jego części składowej (królik, ma ogonek, to oczko i t. d.), albo wyrażeniem jej pragnień, obudzonych podnietą zewnętrzną (»tu Osia będzie spać« na widok kanapy i t. d.).

W przytoczonej wypowiedzi Osia dwukrotnie w mylny sposób odtwarza rzeczywistość. Mianowicie, oglądając fotografię mamusi, dziecko słusznie stwierdza, że »ma uszki mamusia«, następnie jednak mylnie, że: »śpi, — oczki otwiera«. Również oglądając rysunek królika, dziecko odtwarza tylko wyrazowo części rysunku, gdy mówi »ma ogonek, — to oczko«, — ale dodając słowa: »kupka królika«, wymienia rzecz nie narysowaną, ale znaną jej z doświadczeń dawniejszych.

Zatem ogółem biorąc, osobiste doświadczenie życiowe Osi, wykazane w przytoczonych zdaniach, polega na umiejętności poznawania i nazywania spostrzeganych przedmiotów, a także niektórych ich części i własności; tylko w jednem zdaniu o siadaniu na ziemi lub na stołeczku i brudzeniu rzeczy wykazuje już znaczniejsze doświadczenie życiowe, w którem szereg zjawisk skojarzony już został w jedną całość realną.

W przeciwieństwie do ubóstwa zasobu doświadczalnego Osi, p. P. wykazuje w swej pierwszej odpowiedzi dość bogaty zasób doświadczalny, gdyż wie o tem, że n. p. suchoty leczą na Rivierze, że Andrée wyjechał balonem do bieguna i t. p. Jednakże Osia zupełnie tak samo przeskakuje od jednego ujrzanego przedmiotu, który już nazwała, do drugiego, aby go również tylko nazwać, jak p. P. przeskakuje od jednego wypowiedzianego doświadczenia do innego, nabytego w całkiem innych warunkach i okolicznościach i łączącego się z poprzednim tylko za pośrednictwem jednego ze składników, ale nie jako dwie całości, pozostające w organicznym związku ze sobą.

Tak więc u Osi proces kojarzenia symbolów pomiędzy sobą odbywa się jeszcze w zakresie nadzwyczajnie szczupłym; proces kojarzeniowy u Osi jest procesem, wiążącym spostrzegane przedmioty, ich składniki i cechy ze sobą, z ich nazwami i z osobą dziecka. U p. P. nawet w stanie gonitwy myślowej proces kojarzenia wyrazów pomiędzy sobą wykazuje znacznie większą samoistność i niezależność od podniet chwili bieżącej.

Wobec tej większej niezależności i większego zasobu doświadczalnego p. P., tembardziej uderza różnica, jaką stwierdzić należy pomiędzy zachowaniem się p. P. a Osi względem otoczenia.

Więc przedewszystkiem 25-miesięczna Osia ma już niektóre do pewnego stopnia ustalone przyzwyczajenia, według których w danych okolicznościach postępuje. Na przywitanie i pożegnanie często albo całuje, albo podaje swoją rękę do pocałowania; niekiedy dziękuje za otrzymaną czekoladkę, a nawet zaprasza przybyłego gościa, aby usiadł. W razie zabrudzenia rąk zawsze żąda ich umycia, w razie potrzeby fizyologicznej zawsze o niej oznajmia zawczasu. Wszystkie te kojarzenia są już zatem na-

byte, są już osobistem doświadczeniem życiowem Osi, wpływającem na jej postępowanie.

Natomiast 40-letnia p. P., która przed i po chorobie postępowała według przeciętnych zwyczajów środowiska, w którem wychowała się i żyła, przez czas trwania choroby zachowywała się w taki sposób, jak gdyby wogóle własnego doświadczenia życiowego wcale nie posiadała. Więc p. P. w czasie choroby zupełnie tak samo nie umie użytkować przedmiotów ostrych, ognia i t. p., jak i Osia. Osia w razie niedostatecznego dozoru rozbija młotkiem głowę lalki, zaś p. P. rozbija o podłogę szklankę z mlekiem, albo drze kołdrę. Ale p. P., pomimo swoich wiadomości o leczeniu gruźlicy na Rivierze i o podróżach Andrćego, nie odpowiada nigdy według przyjętego zwyczaju na wyrazy przywitania, albo pożegnania, nie zmienia wcale zwykłego swego bezładnego zachowania się podczas odwiedzin męża, twierdząc owszem, że wcale niema ani męża, ani dzieci, a nawet, co więcej, zanieczyszcza się często do łóżka, co 25-miesięcznej Osi już od roku zdarza się chyba w wyjątkowych razach.

Powyższe zestawienie faktów, dotyczących p. P. i Osi upoważnia nas do wysnucia następujących wniosków: 1) Zasób doświadczeń życiowych, wypowiadanych przez p. P. w stanie gonitwy myślowej wysokiego stopnia, jest bez porównania większy od zasobu doświadczeń, wypowiadanego przez Osię. 2) Szczupły zasób doświadczeń dziecka, które dla określenia siebie nie umie jeszcze używać pierwszej osoby liczby pojedynczej, wywiera już zupełnie wyraźny wpływ na jego postępowanie w wielu razach; daleko zaś bogatszy zasób doświadczeń, wynikający ze słów p. P., nie wywiera żadnego wpływu na jej postępowanie względem otoczenia, jak gdyby zakres doświadczeń dawniejszych i sposób postępowania w danej chwili były całkiem od siebie niezależne. Czyli innemi słowy: zaburzenia, powstałe wskutek choroby w układzie kojarzeniowym p. P., wywołały znacznie dalej idącą niwelacyę dawniejszych stosunków p. P. względem otoczenia, aniżeli wzajemnego stosunku symbolów wyrazowych. U dziecka możemy stwierdzić raczej stosunek odwrotny. Na niepedagogiczne pytanie, kogo z otoczenia Osia najbardziej kocha, dziecko odpowiada: »Mamusię, i tatusia, i wujka, i Józię, i Janka, i ciocię, i Lordusia (psa) i Wańdzię«. W rzeczywistości jednak całe zachowanie się Osi zupełnie przeczy tej niwelalacyi wyrazowej i wykazuje wybitne różnice w stosunku do wymienionych osób.

Pomiędzy stanem gonitwy myślowej p. P., a pozornie zbliżonym do niej, fizyologicznym stanem Osi, jest jeszcze jedna wybitna różnica, którą dotąd pomijaliśmy. W zdaniach, wypowiedzianych przez p. P., niektóre kojarzenia są wyłącznie dźwiękowe i nie wykazują żadnego pokrewieństwa treści: »... Nansena. A masz córkę, czy syna? Białego, czy murzyna?« Również niektóre poprzednie kojarzenia, jakkolwiek wykazują pewien luźny związek i ich treści, jednocześnie są pokrewne dźwiękowo (suchoty — flotę, Barcelony — balonem), czego nie możemy uważać za rzecz przypadkową wobec tego, że po nich następują powyżej przytoczone kojarzenia już wyłącznie dźwiękowe, jak wiadomo, wogóle bardzo częste w bezładnej gonitwie myślowej.

Możnaby przypuszczać, iż kojarzenia dźwiękowe, jako najbardziej zewnętrzne, powierzchowne, powinno się często spotykać u dzieci, u których treść wymawianych wyrazów jest jeszcze bardzo ograniczona i uboga, a więc n. p. w trzecim roku życia. Tymczasem u Osi można stwierdzić zachowanie się wręcz odwrotne. W przytoczonej jej wypowiedzi nie spotykamy ani jednego kojarzenia dźwiękowego, i w jej mowie wogóle, pomimo względnej gadatliwości żywego z natury swej dziecka, otoczenie jego kojarzeń takich nigdy nie spostrzegło, nawet w zdarzającem się niekiedy fantazyowaniu dziecka na temat wrażeń dawniejszych, a więc przy kojarzeniu wyrazów niezależnie od bezpośrednich wrażeń chwili bieżącej, t. j. w warunkach, w których kojarzenia dźwiękowe względnie najłatwiej mogą powstawać. N. p. »Osia nie miała bata, biedna miała braciszka, Osia nie poszła do krówki, tylko Nusia poszła do krówki... Nie mogła znaleść pieska i dlatego nie miała pieska i pieska nie było, i Osi nie było, i koń przylazł i taki straszny był konik i siny był konik, i ptaszki leciały do lasku, a tu mamusia kupiła buty, a Hanka poszła zobaczyć rondelki, tu bacik jest, — a dziewczynka jadła mleczko, a to nie mleczko, to glaski (? kluski) jest. Osia nie może robić gołąbeczki, prawda?...« Z tych wszystkich zdań, wypowiadanych podczas rannego ubierania Osi, tylko zdania, dotyczące »braciszka« i »butów«, mogły być wywołane wrażeniami chwili bieżącej, zaś wszystkie inne były odtwarzaniem wrażeń dawniejszych bądź z zakresu domowego jej życia, bądź też z codziennych w ostatnich dniach spacerów po mleko »do krówki«. W tem pamięciowem kojarzeniu dawnych wrażeń pomiędzy sobą niema zatem żadnego pokrewieństwa dźwiękowego.

Co więcej, można wykazać, iż nawet w tych razach, w których Osia miała do czynienia z gotowemi już kojarzeniami dźwiękowemi, okazywały się one zawsze słabszemi od wiązań treści — której Osia — w razie jej spamiętania — nigdy dla pokrewieństwa dźwiękowego nie poświęca. N. p. w wierszyku, którego Osia w 26. miesiącu życia częściowo nauczyła się na pamięć: »Spał zajączek, w zbożu spał, zbudził go daleki strzał, wyszedł strzelec, bronią błyska, wygnał śpiocha z legowiska«, — ostatni wiersz Osia zawsze powtarzała z poświęceniem rytmu i rymu: »wygnał śpiocha z łóżka«, t. j. kojarząc w sposób zrozumialszy dla niej »śpiocha« z »łóżkiem« zamiast »z legowiskiem«. Albo dwuwiersz: »Śpij, buziaczku z róż, tyś nie głodna już«, Osia stale przerabia na: »Śpij buziaczku z róż, Ty już nie głodna«,[15]) i t. p.

Z powyższego należy wnosić, że Osia kojarzy już swoje wrażenia zapomocą konwencyonalnych znaków, wyrazów, ale podobieństwo dźwiękowe tych wyrazów nie gra u niej jeszcze żadnej roli. Wiadomo, że u dzieci w wieku starszym i u ludzi dorosłych rytm i rym szeregów wyrazowych ułatwiają znacznie ich dokładne zapamiętanie (uczenie się wierszy na pamięć, metody mnemotechniczne); ale i tutaj podobieństwo dźwiękowe wyrazów nie jest nigdy jedynym czynnikiem, rozstrzygającym

---

[15]) Albo: »Moja myzia, gdzie ty była? — U mamusi, mleczko piła« — zaś Osia: »u mamusi, piła mleko«.

o ich skojarzeniu, gdyż podstawą jest zawsze wiązanie treści wyrazów; rytm i rym wyrazów grają tu zatem rolę poniekąd tylko pomocniczą, drugorzędną.

W gonitwie myślowej natomiast spotykamy często kojarzenia takich wyrazów, których podobieństwo dźwiękowe jest wielkie, zaś pokrewieństwo treści jest albo tak odległe, że możemy mu w procesie kojarzeniowym przyznać tylko rolę drugorzędną, albo też pokrewieństwa treści wogóle stwierdzić nie można, t. j. kojarzenie następuje wyłącznie na podstawie podobieństwa dźwiękowego.

Mamy zatem w gonitwie myślowej ciekawy objaw usamowolnienia wyrazów w pewnej mierze, stworzenia z nich świata, do pewnego stopnia niezależnego od świata zewnętrznego. Chory w gonitwie myślowej tak samo kojarzy wyrazy według ich podobieństwa dźwiękowego, jak człowiek zdrowy kojarzy swoje spostrzeżenia i doświadczenia n. p. według ich podobieństwa. Albo inaczej: chory w gonitwie myślowej tak samo zatraca zrozumienie konwencyonalnego charakteru wyrazów, jak zatraca zrozumienie życiowego znaczenia czynników realnych: własnej choroby, własnej rodziny i t. p.

Stąd wynika, iż to, co różni autorowie nazywają »niwelacyą wyobrażeń«, jest w istocie procesem niwelacyjnym, sprawiającym niwelacyę nietylko symbolów pomiędzy sobą, i nietylko stosunku chorego do otoczenia, ale także niwelacyę stosunku symbolów do rzeczywistości. W stanie gonitwy myślowej wysokiego stopnia zanika różnica pomiędzy rzeczywistością, a jej konwencyonalnym znakiem.

Poglądy psychologiczne Macha powstawały pod wyraźnym wpływem nauk Heringa, który uważał »ustrój za układ, który jest zdolny swoją właściwość (stan chemiczny, cieplny i t. d.) utrzymać wobec wpływów zewnętrznych' który przedstawia dynamiczny stan równowagi o znacznej stałości«, zaś pamięć dawniejszych doświadczeń życiowych i ich kojarzenia uważał za podstawową czynność materyi uorganizowanej [16]).

Dla odróżnienia tej pamięci, którą Hering uważa za podstawową czynność każdej materyi uorganizowanej, która się przejawia n. p. w tropizmach lub w zdolności kurczęcia do dziobania z wielką zręcznością kruszyn pokarmu wkrótce po wykłuciu się ze skorupy jaja, i która jest gotowym, odziedziczonym mechanizmem, — od osobniczo nabytej pamięci doznawanych wrażeń, Loeb [17]) proponuje tę pamięć nabytą nazywać »kojarzeniową czynnością pamięciową«, rozumiejąc przez to określenie tylko dające się rzeczowo stwierdzić przejawy pamięci osobniczej

Zdolność do kojarzenia osobniczych doświadczeń życiowych, pozostających w pamięci danego osobnika do jego rozporządzenia, pozwala mu wybierać, rozważać, hamować jedne popędy i odczyny, powstające wskutek działania mechanizmów odziedziczonych, zaś ulegać innym bądź odziedziczonym mechanizmom, bądź osobniczo nabytym kojarzeniom. Stąd powstaje stan psychiczny, do którego można zastosować określenie, dane ustrojowi przez Heringa, mianowicie, iż jest to »dynamiczny stan równowagi o znacznej stałości«.

Powstawanie, tworzenie się osobniczej pamięci kojarzeniowej jest wynikiem rozwoju anatomicznego i czynnościowego układu kojarzeniowego mózgu [18]) i wiadomo, że zahamowanie jego rozwoju, albo daleko idące zaburzenia mogą być przyczyną zupełnego braku kojarzeniowej pamięci osobniczej, albo zaniku pamięci istniejącej w razach powstania rozległych zuburzeń w kojarzeniowym układzie już rozwiniętego mózgu.

Obraz kliniczny stanów bezładnej gonitwy myślowej ma podkład anatomo-patologiczny, którego dotąd jeszcze nie znamy i którego badanie rozpoczęto zaledwie w ostatnich latach. Stąd jest rzeczą naturalną, iż mechanizm powstawania tych stanów chorobowych jest w swych szczegółach dotąd również zupełnie nieznany.

Jednakże dzisiaj już można stwierdzić, że istotnych przyczynków do wyjaśnienia tego mechanizmu szukać należy nie na drodze spekulacyi psychologicznych, ale na drodze dalszych badań układu nerwowego i rzeczowych badań tych obrazów chorobowych, które spostrzegamy w życiu.

Dotychczasowe wyniki można streścić w sposób następujący:

1) Jest prawdziwą zasługą Liepmanna wykazanie, że t. zw. prawa kojarzeniowe działają w gonitwie myślowej w sposób bardziej wyłączny, aniżeli w myśleniu prawidłowem, i że różnica wynika nie z istnienia lub braku jakichś formalnych zasad kojarzeniowych, ale z różnicy pewnych materyalnych stosunków. W dalszym ciągu swych wywodów opuszcza jednakże Liepmann grunt doświadczalny i operuje już prawie wyłącznie abstrakcyami psychologicznemi.

2) Zestawienie sposobu kojarzeń w gonitwie myślowej i w urojeniach sennych wykazuje znaczne ich pokrewieństwo (wrażenie przeżywania sytuacyi odtwarzanych, hypermnezya, brak zahamowań ze strony doświadczeń życiowych, t. j. dawniej doznawanych wrażeń; wrażenie obcości w stosunku do przebytego stanu i niedokładne jego zapamiętywanie), — przy zasadniczej różnicy tych stanów co do etyologii ich powstawania, czasu ich trwania, i co do sposobu zachowania się osobnika wobec świata zewnętrznego, czyli sposobu jego oddziaływania na podniety zewnętrzne. Różnica ta wykazuje, iż najbardziej charakterystyczną i podstawową cechą stanów bezładnej gonitwy myślowej jest nie niwelacya symbolów wyrazowych, — spotykana i w fizyologicznych stanach urojeń sennych, — ale niwelacya dotychczasowych istotnych stosunków chorego do otaczającej go rzeczywistości, czyli niwelacya dotychczasowego jego sposobu oddziaływania na sytuacye życiowe.

3) Zestawienie sposobu kojarzeń w gonitwie myślowej wysokiego stopnia ze sposobem kojarzeń 25-miesięcznego dziecka wykazuje również szereg cech pokrewnych

---

[16]) Hering. Über das Gedächtniss als allgemeine Function der organisierten Materie. Wien, 1870, przytaczany przez Macha l. c.

[17]) Jaques Loeb. Wstęp do fizyologii i psychologii porównawczej. Przekład Dra Z. Szymanowskiego. Warszawa, 1906.

[18]) W. Preyer. Die Seele des Kindes. VII. Auflage, 1908 i prace anatomiczne Westphala, Flechsiga, Monakowa i innych.

(brak jednej nici przewodniej, brak hierarchicznego układu kojarzonych wrażeń, łatwość oddziaływania na każde spostrzeżenie), — ale także i bardzo wybitne różnice: daleko bogatszy zasób dawnego materyału wrażeniowego, zachowanego w pamięci chorej, dotkniętej bezładną gonitwą myślową, w porównaniu do zasobu dziecka; brak jakiegokolwiek wpływu owego bogatszego zasobu doświadczeń na sposób postępowania chorej dotkniętej gonitwą myślową, w przeciwieństwie do znacznego już wpływu, jaki szczupły zasób doświadczeń 25-miesięcznego dziecka wywiera na sposób jego zachowania się; wreszcie zupełny brak kojarzeń dźwiękowych u badanego dziecka w przeciwieństwie do ich częstego występowania w gonitwie myślowej.

Ta ostatnia różnica wykazuje, że w stanach bezładnej gonitwy myślowej następuje nietylko zupełna niwelacya dawnych wartości wrażeniowych jednych do drugich, i dawniejszych sposobów oddziaływania danego osobnika na podniety zewnętrzne, ale co więcej, nawet niwelacya właściwego ustosunkowania rzeczywistości do odtwarzanych jej obrazów i do jej konwencyonalnych symbolów, t. j. wyrazów, za pośrednictwem których myślenie w warunkach prawidłowych zazwyczaj się odbywa.

Ten wniosek jest ważny z tego względu, iż posiadamy w naszym mózgu anatomicznie dający się co do siedziby określić odrębny narząd mowy, na którego bardziej niż zwykle niezależne od innych części mózgu działanie zdają się wskazywać kojarzenia dźwiękowe. Objaw ten zdaje się być zatem klinicznym przejawem sejunkcyi w układzie kojarzeniowym, uniemożliwiającej ten fizyologiczny proces wiązania dawnych i bieżących wrażeń, bez którego — jak widzieliśmy — ich odtwarzanie, chociażby nawet ułatwione, niema żadnej siły realnej, żadnego wpływu hamującego na zachowanie się i na instynktowe popędy chorego.

W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka.

Napisał

P. Schroeter (Pabianice).

(Ciąg dalszy).

III. Przytaczam przypadek ten, jako potwierdzenie zdania, że rokowanie staje się pomyślniejszem, im wcześniej przy przedziurawieniu wrzodu żołądkowego zostaje zastosowany odpowiedni zabieg operacyjny, innemi słowy — im mniejszy jest przeciąg czasu od chwili przedziurawienia do chwili wykonania operacyi. Odpowiednie prace Körtego i Brentano z roku 1906 dowodzą, że szanse pomyślnego wyniku operacyi są dość wielkie w przypadkach, w których przebicie ściany żołądka bywa leczone drogą operacyjną w pierwszych 12 godzinach. Niemniej przekonywająco przemawiają tablice statystyczne Koerbera z chirurgicznego oddziału szpitala św. Grzegorza w Hamburgu.

Operowany przezemnie A. K., 39 a. n., robotnik fabryczny, leczył się w roku 1905 w szpitalu. Wstąpił wtedy do szpitala z objawami wrzodu żołądka (silne bole w okolicy żołądka, krwawe wymioty, stolce czarne). Po dłuższem leczeniu opuścił szpital zdrów i zdolny do pracy. Do listopada roku 1907 czuł się zupełnie zdrowym. W d. 23. listopada 1907 wstąpił powtórnie do szpitala, narzekając na bardzo silne bole w okolicy żołądka; miewa częste wymioty, bez domieszki krwi. Rozpoznano wrzód żołądka i zalecano odpowiednie leczenie. Stan pozostawał jednakowy, t. j. zmienny: po chwilowem polepszeniu, następowało pogorszenie. W dniu 31. stycznia 1908 chory czuł się zupełnie dobrze, gdy niespodzianie następnego dnia wieczorem o godz. 7 uczuł nagle tak silny ból, że wił i kurczył się na łóżku i wołał o szybką pomoc.

Przy badaniu znalazłem brzuch nieco wpadnięty, powłoki brzuszne napięte, twarde, brzuch przy oddychaniu nieruchomy. Wymiotów niema; wypróżnienia w tym dniu nie było. Granice wątroby prawidłowe. Tętno 120, miarowe, nieco słabe. Ponieważ rozpoznanie przedziurawienia wrzodu nie ulegało wątpliwości, postanowiliśmy przystąpić do operacyi. Choremu wstrzyknięto morfinę, co jednak nie usunęło bolów. O godz. $9^{1}/_{2}$ wieczorem ciepłota podniosła się do $38^{0},0$. O godz. 12 w nocy — a więc w 5 godzin od chwili przedziurawienia wrzodu — przystąpiliśmy do operacyi. Cięcie w linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po otwarciu otrzewnej nie wydobywa się gaz, natomiast cokolwiek mętnego, zlekka krwawego płynu. W ranie ukazuje się część przedniej ściany żołądka i krzywizna wielka z siecią, która częściowo występuje z rany. Żołądek miernie wzdęty, otrzewna jego zaczerwieniona. Po uniesieniu lewego zraza wątroby ku górze, wyciągnąłem żołądek, o ile to było możliwe; natenczas wylał się strumieniem płyn, zawierający mniejsze i większe kawałki ściętego mleka. Otwór jednak i po usunięciu treści żołądka nie był widoczny. Kierując się kierunkiem wydobywającego się z żołądka płynu, wsunąłem 2 palce ku przypuszczalnemu otworowi, który też znalazłem na przedniej ścianie, tuż przy krzywiźnie małej i wpuście żołądka. Otwór swobodnie przepuszczał palec. — Ponieważ zamknięcie otworu zapomocą szwu było niemożliwe skutkiem wątpliwego stanu brzegów otworu i trudnego dostępu, zastosowałem poprostu tamponadę, doprowadziwszy koniec długiego pasa gazy wyjałowionej bezpośrednio do otworu w ścianie żołądka. Oczyszczenie otrzewnej, a zwłaszcza okolicy krzywizny małej, na której znajdowały się złogi włóknikowo-ropne i dolnej powierzchni lewego zraza wątroby, zanieczyszczonej przez wydobywającą się treść żołądka, wykonałem zapomocą suchych i wilgotnych kawałków gazy. Do dolnego odcinka rany brzusznej wprowadziłem tampon celem odosobnienia do pewnego stopnia okolicy żołądka i zaszyłem ranę powłok brzusznych pomiędzy górnym i dolnym tamponem. Operacya trwała 40 minut. Po operacyi wstrzyknięto choremu kamforę i eter, gdyż tętno było słabo napięte. W dniu 9. II. usunięto tampony i szwy. Do 10. II. chorego odżywialiśmy wyłącznie zapomocą lewatyw odżywczych; od tego dnia poczęto mu dawać małe ilości mleka. W dniu 15. II. otrzymał jajko na miękko i mleko w większych ilościach. D. 6. III. rany były zagojone. W d. 18. IV. chory opuścił szpital.

Przypadek ten należy do typowych. Rozpoznanie przedziurawienia wrzodu było łatwe; wywiady i sposób wystąpienia objawów były o tyle wybitne i jasne, że żadna wątpliwość co do istoty stanu chorego zachodzić nie mogła. Wynik zaś postępowania leczniczego wykazuje, że w przypadkach, w których zastosowanie najważniejszego środka chirurgicznego — szwu — przedstawia pewne trudności, albo zgoła okazuje się niemożliwem, tamponada może być zastosowana z pomyślnym wynikiem. Z zastosowaniem tamponady jednak połączony jest warunek, by narządowi zapewnić zupełny spokój. Jeżeli po zamknięciu otworu zapomocą szwu odżywianie chorego przez usta może nastąpić już drugiego dnia po operacyi, to przy zastosowaniu tam

ponady możliwość taka jest wyłączona. Chory nasz otrzymywał przez pierwsze 10 dni wyłącznie lewatywy odżywcze, które wystarczały, by chory bez znaczniejszej utraty sił czas ten przebył.

Przedziurawienie żołądka urazowe i przedziurawienie żołądka, spowodowane przez owrzodzenia, należy rozpatrywać z jednego i tego samego punktu widzenia, zarówno co do objawów, jak i rokowania. Te i tamte przedstawiają w gruncie rzeczy obraz w zarysach ogólnych podobny. Tu i tam występują zarówno ogólne, jak i miejscowe objawy. Obraz wstrząsu (shock) resp. zapadu (collapsus), bole w brzuchu (przeważnie w nadpępczu), napięcie odruchowe mięśni powłok brzusznych, pojawienie się wolnego gazu w jamie brzusznej, brak stłumienia w okolicy wątroby, wrażliwość brzucha na ucisk (zwykle najsilniejsza w nadpępczu), wymioty lub też wymioty krwawe, wreszcie — przy obfitem krwawieniu — oznaki ostrej niedokrwistości i obecność krwi w jamie brzusznej, wykazać się dająca zapomocą opukiwania. Wiadomo, że typowy całokształt wzmiankowanych objawów niekiedy przedstawia mniej lub więcej luk, lub też — w przypadkach rzadszych — całkiem nie występuje. Rozpoznanie drążących ran postrzałowych żołądka nie przedstawia na ogół większych trudności przy uwzględnieniu towarzyszących obrażeniu objawów, a w razie niedostatecznych objawów przy uwzględnianiu położenia wlotu i kierunku postrzału i t. p. W rzadkich przypadkach, w których nawet najsumienniejsze poszukiwania nie dają żadnych zgoła punktów oparcia dla rozpoznania drążącej rany postrzałowej, nie należy zapominać, że możliwość jej istnienia pomimo to nie jest wyłączona. Złożenie broni mogłoby tu sprowadzić klęskę: »si vis pacem para bellum«. Przypadek mój pierwszy służyć może za dowód oczywisty: poważne obrażenia jelit, które stwierdzono po otwarciu jamy brzusznej, nie wywołały na razie żadnego objawu, któryby na nie wskazywał.

W szeregu objawów miejscowych, wywołanych przez rany postrzałowe brzucha, resp. żołądka, niema ani jednego, któryby stale im towarzyszył; gdy więc obecność tego lub innego objawu wielką ma wartość przy rozpoznawaniu, to jednak jego brak nie przemawia przeciwko rozpoznaniu. Należy też uwzględnić, że 1) objaw dany może istnieć, ale nie daje się w danym przypadku wykryć w sposób, nie pozostawiający żadnych wątpliwości, 2) dany objaw może być stwierdzony, ale zależeć od innych przyczyn. Tak naprzykład, jak to już Körte zaznacza, obecność wolnego gazu w jamie otrzewnej nie zawsze może być stwierdzona, lub też opukiwanie w okolicy wątroby może wprawdzie w danym przypadku wykazać brak stłumienia, lecz nie skutkiem nagromadzenia się wolnego gazu w jamie brzusznej, ale skutkiem przesunięcia się wzdętej okrężnicy poprzecznej przed wątrobę. Weber rozpoznał obecność wolnego gazu w jamie otrzewnej, opierając się na tem, że drżenie piersiowe udzielało się napiętym powłokom brzusznym. By zaś drżenie piersiowe mogło się udzielać powłokom brzusznym, należy — według wyjaśnień Webera — przyjąć, że słup gazu, usunąwszy wątrobę ku dołowi, znajduje się w styczności z jednej strony z przeponą, z drugiej zaś strony z przednią ścianą brzucha po odsunięciu od niej wnętrzności. Statystyka, tycząca się obecności — względnie nieobecności — tego lub owego objawu, nie ułatwia nam w gruncie rzeczy rozpoznania; chodzi główie o ujęcie i właściwą ocenę całokształtu.

Rzecz jasna, że wyżej wspomniany typowy całokształt objawów sam przez się nie rozstrzyga o istnieniu przedziurawienia wrzodu żołądka. Czynnikiem rozstrzygającym są tu wywiady. Jeżeli wynik wywiadów jest dość charakterystyczny i wyraźnie wskazuje na obecność wrzodu, to sprawa jest jasna. Jeżeli zaś wywiady zawierają mało punktów charakterystycznych lub zgoła są ujemne, to na razie poprzestać musimy tylko na rozpoznaniu poważnego obrażenia w jamie brzusznej, co jednak w zupełności usprawiedliwić może zabieg operacyjny — laparotomią próbną. Wspomnieć należy, że Adamson i Crawford zwracają uwagę na zjawisko, które dwukrotnie nasunęło się im w przypadkach przedziurawienia wrzodu żołądkowego. Słyszeli oni w okolicy żołądka współcześnie z uderzeniem serca — niekiedy też z oddychaniem — ton jasny, jakby od spadania kropel pochodzący. Renton i Snodgrass również wspominają w jednym przypadku o owym pluszczącym szmerze przy każdym skurczu serca. Chodziło tu o ropień pod sklepieniem przepony z lewej strony, powstały wskutek przedziurawienia wrzodu żołądkowego. W jednym z dwóch przypadków Adamsona i Crawforda znajdował się na przedniej ścianie żołądka przedziurawiony wrzód i zapalenie otrzewnej.

Objawy ogólne, stanowiące podstawę klinicznego obrazu wstrząsu, względnie zapadu, najczęściej występują w całej pełni w przypadkach drążących ran postrzałowych żołądka i jelit, bądź to jako skutek samego urazu, bądź to skutkiem obfitego wewnętrznego krwotoku. Jednak całokształt tych objawów w niektórych przypadkach nie występuje w komplecie, pomimo poważnych obrażeń żołądka i jelit, niekiedy całkiem nawet brakuje. W przypadku zaś przedziurawienia wrzodu żołądka, względnie dwunastnicy, objawy ogólne prawie zawsze występują w postaci tak wyraźnej, że niewątpliwie wskazują na sprawę chorobową o charakterze poważnym. Przy sposobności radbym zauważyć, że uchwycenie różnicy pomiędzy zapadem, jako skutkiem bezpośrednim postrzału resp. przedziurawienia wrzodu żołądka do jamy brzusznej, a zapadem w przebiegu zapalenia otrzewnej posiada pewne znaczenie. Pierwszy nie stanowi w gruncie rzeczy przeciwwskazania do cięcia brzusznego, natomiast zaniechać należy operacyi w przypadkach znacznego zapadu w przebiegu zapalenia otrzewnej, gdzie sinica, chłodne, zimnym potem pokryte kończyny, bardzo przyspieszone, słabo wyczuwalne tętno, wskazują na blizki koniec. W przypadkach rozwiniętego następczego zapalenia otrzewnej występują objawy jego na plan pierwszy i nieraz okazuje się bardzo trudnem oznaczenie genezy zapalenia. W takich razach Faure kładzie nacisk na ból w piersiach (douleur thoracique), występujący jakoby osobliwie przy zapaleniach otrzewnej, mających punkt wyjścia w okolicy ponad pępkiem, a zwłaszcza w żołądku. Ból ten sadowi się jakoby w jednem lub drugiem ramieniu, w okolicy pomiędzy łopatkami, albo też cokolwiek niżej nad kręgosłupem. Fraser wspomina również o owym bólu piersiowym w jednym przypadku przedziurawienia wrzodu żołądka. W przypadkach przezemnie spostrzeganych bólu tego nie było. Niestety pierwotny ten obraz charakterystyczny, na który skła-

dają się wymienione wyżej objawy, bywa często zatarty przez zbyt pohopne i zbyt obfite stosowanie morfiny lub makowca, tak dalece, że łatwo uledz możemy mylnemu zapatrywaniu co do istotnego stanu chorobowego. Jest to przegrana fatalna i żadną miarą okupiona być nie może chwilową wygraną — usunięciem bólu. Omyłkę może popełnić lekarz, zarówno jak i chory, który opierając się na chwilowem polepszeniu swego stanu podmiotowego broni się przed operacyą i radby odsunąć ją do nowego pogorszenia. W ten sposób znaczenie operacyi sprowadza się do znaczenia »ultimae rationis«, gdy przeciwnie zabieg chirurgiczny wypełniać ma wskazanie ze względu na chorobę i na życie. Tak naprzykład Kiefer ogłosił przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka, w którym postanowiona poprzednio operacya została wstrzymana, gdyż polepszenie wywołane wstrzyknięciem morfiny podało w wątpliwość trafność rozpoznania. Przy laparotomii, dokonanej w 16 godzin po przedziurawieniu, znaleziono otwór na krzywiźnie małej w sąsiedztwie wpustu żołądka.

Rokowanie przy świeżych ranach postrzałowych żołądka i kiszek zawsze jest niepewne, ponieważ quale i quantum ich są dla nas niedostępne. Choćby wywiady i dokładne zbadanie wykazać miały szczegóły, na podstawie których rokowanie mogłoby się wydawać pomyślniejszem, to jednak pogarsza je ta okoliczność, że dalszy przebieg może być zupełnie nieobliczalny; w pozornie łagodnych przypadkach sytuacya niekiedy szybko nabrać może groźnego charakteru. Znane są przypadki, w których stan ogólny i wynik badania miejscowego przemawiały przeciwko poważnemu obrażeniu, a jednak ono istniało. Z rzędu tego rodzaju przypadków przytoczę jako przykład przypadek Kronera, w którym dobre wyglądanie chorej, dobre miarowe tętno, miękki niebolesny brzuch — słowem wszystko, przemawiało przeciwko poważnej sprawie, a już po upływie 2 godzin położenie stało się groźnem. I nasz przypadek I zaliczyć należy do tej kategoryi. (Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Pieper. **Odróżnianie wysięków od przesięków zapomocą próby z kwasem octowym.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Autor zestawia wyniki dwóch metod, Moritza i Rivalty. Metoda Moritza: Do 2 cm płynu badanego wkraplamy 2 krople 5% kwasu octowego; następuje zmętnienie mleczne tylko od wysięku. Metoda Rivalty: Do cylindra, zawierającego 100 cm wody, dodajemy 2 krople kwasu octowego stężonego; w tym odczynniku wywołuje wpuszczona kropla wysięku smugę zmętnienia; przesięk rozpływa się bez wywołania smugi.

Z badań autora wynika, że obie próby są równie dobre. Próba Moritza nadaje się jednak do badania płynu mózgowo-rdzeniowego, i tem przewyższa próbę Rivalty; próba Rivalty natomiast jest wyraźniejsza i wypada ostrzej. Dr M Godlewski.

Kottmann i Lidsky. **W sprawie krwawiączki ze szczególnem uwzględnieniem stosunków krzepliwości krwi z przedstawieniem na krzywych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Zapomocą przyrządu, podanego przez autorów, można graficznie oznaczyć, prócz lepkości, także krzepliwość krwi. Zmniejszenie tej krzepliwości u krwawców zależy od niedostatecznej ilości trombokinazy, wytwarzanej przez śródbłonek naczyń. Krzepliwość tę można przez dodanie tego fermentu zwiększyć. Ma to także znaczenie praktyczne, gdyż surowica zwierząt prawidłowych lub ich krew, zastosowana na miejsce krwawiące na tamponie, może wstrzymać — dzięki zawartej w niej trombokinazie — krwotok u krwawca. Rozczyn trombokinazy łatwo też otrzymać, przesączając wyciąg wodny roztartej wątroby króliczej przez płótno. Dr M. Godlewski.

Blauel. **W sprawie przyczyn wola.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Nie ulega dzisiaj żadnej wątpliwości, że pewne okolice są w tym względzie uprzywilejowane, że zatem gleba ma wpływ rozstrzygający i że przenośnikiem sprawy jest woda do picia. Ujemny wynik rozbiorów chemicznych każe w grupie jestestw uorganizowanych, zawartych w wodzie do picia, dopatrywać się przyczyny sprawy. Badania jednak wydzielin, jakoteż i krwi chorych na wole, oraz samej tkanki gruczołowej dały wynik ujemny. Zadziwiającem też jest, że jedna i ta sama przyczyna wywoływać się zdaje różne postacie kliniczne; jedne bowiem przebiegają z objawami potłumienia (hypothyroidismus), drugie z objawami podniecenia (objawy sercowe) — (hyperthyroidismus). Kto wie tedy, czy przyczyny obu odrębnych postaci nie są różne; w każdym razie sprawa jest dotąd zupełnie ciemna, mimo, że teorya obu Birscherów, zwracająca uwagę na geologiczny rodzaj formacyi dotkniętych wolem okolic (morskie osady epoki paleozoicznej) ma wiele za sobą. Dr M. Godlewski.

Vogt. **O autolizynach we krwi w przebiegu ciężkiej gruźlicy.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Substancye te zdają się być, jeśli nie jedyną przyczyną, to przynajmniej jedną z przyczyn niedokrwistości, którą w przebiegu gruźlicy spostrzegamy. Ponieważ bakterye gruźlicze zdają się substancyi hemolitycznych nie wytwarzać, przeto powstawanie tych substancyi odnieść należy do zakażenia mieszanego. Autor badał ogółem 61 przypadków różnych chorób, w żadnej z nich nawet w lekkich postaciach gruźlicy nie spostrzegł tej właściwości, występującej tylko w ciężkich postaciach gruźlicy (24%), zwłaszcza przy przebiegu gwałtownym i szybkim. Dr M. Godlewski.

Hess. **Zachowanie się wątroby w przebiegu przewlekłego zapalenia osierdzia.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2). W przebiegu przewlekłego zapalenia osierdzia u dzieci stwierdza się często, mimo braku obrzęków ogólnych, zastoinową powiększoną, często nawet marską następczo wątrobę, oraz puchlinę brzuszną. Z klinicznych i doświadczalnych swych spostrzeżeń wysnuwa autor wniosek, że objaw ten — trudny do wytłómaczenia — uważać należy za sprawę samoregulacyjną wątroby, która, napełniając się w tych razach obficie krwią drogą wsteczną, t. j. przez żyły wątrobowe, zapobiega tworzeniu się obrzęków ogólnych. Dr M. Godlewski.

Moder. **Higiena ust, a gruźlica płuc.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2). Autor, stwierdziwszy prątki gruźlicze w osadzie zębów u dzieci, jakoteż w zębach spróchniałych, przestrzega, aby zwłaszcza u dzieci zwracać uwagę na higienę ust i zębów. Dr M. Godlewski.

Prof. M. Sternberg. **Zapalenie osierdzia w przebiegu dusznicy bolesnej.** (Wiener med. Wochenschr. 1910, Nr 1). Autor opisuje dwa przypadki, w których po napadzie dusznicy bolesnej wystąpiło ostre zapalenie osierdzia z podniesieniem ciepłoty. Kliniczny przebieg tej postaci zapalenia osierdzia, którą autor pragnie wyodrębnić pod nazwą »pericarditis stenocardiaca«, przedstawia się w sposób następujący: Po napadzie dusznicy utrzymuje się w klatce piersiowej uczucie ucisku i bolesności, a w kilkanaście godzin pojawia się gorączka, zazwyczaj niezbyt wysoka, która trwa kilka dni. Tarcie, — i to dla tej postaci jest charakterystyczne, — występuje tylko na ograniczonej przestrzeni i nierzadko znika już po kilku godzinach. Zejście sprawy bywa najczęściej pomyślne, a co ciekawsze, po przebytem zapaleniu na dłuższy czas ustępują napady

dusznicy bolesnej, lub przynajmniej zjawiają się w rzadszych odstępach czasu.

Zastanawiając się, jakie zmiany anatomiczne są przyczyną powyższego obrazu chorobowego, powołuje się autor na zdanie Kerniga, który twierdził, że napady dusznicy bolesnej są następstwem zatorów lub zakrzepów w tętnicach wieńcowych. Sprawom tym często towarzyszą ogniska rozmięknienia, sięgające aż do osierdzia, i te właśnie ogniska są ostatecznym powodem zapalenia osierdzia po napadzie dusznicy bolesnej. H. K.

M. Engländer. **W sprawie leczenia otyłości.** (Wiener med. Wochenschr. 1910, Nr 2). Autor podziela zdanie Noordena, że nie trzymając się ślepo żadnej metody, należy w każdym przypadku postępować indywidualnie i przez ograniczenie dyety (nie głodzenie!) i pracę fizyczną dążyć do stopniowego odtłuszczenia ustroju. Zwłaszcza wielkie znaczenie ma mieć systematyczna, intensywna praca fizyczna. Doświadczenie uczy, że nawet głodzenie przy metodach szybkiego odtłuszczania lepiej znoszą chorzy, o ile jest zastosowane w połączeniu z pracą fizyczną. H. K.

Caro. **Wzajemne działanie narządów o wydzielaniu wewnętrznem.** (Med. Klinik 1910, Nr 4). Pewne substancye mają własność niejako swoistego podrażniania, ewentualnie porażania systemu nerwowego. Tak n. p. adrenalina drażni układ współczulny, a pilokarpina i fizostygmina układ nerwu błędnego; cholina poraża układ współczulny, a atropina błędny. Niektórzy z ludzi są odporni na pewne z tych środków, a na inne oddziaływają znów silnie. Są n. p. ludzie, odporni na działanie pilokarpiny, i u tych zwykle adrenalina działa silnie, i odwrotnie.

Dane te rozświetlają pewne strony działania wzajemnego na siebie narządów o wydzielaniu wewnętrznem. N. p. w chorobie Basedowa spotykamy podrażnienie obydwu wyżej wspomnianych układów nerwowych i to przez substancyę gruczołu tarczowego (n. błędny) i nadnercza (n. współczulny). Potwierdzają to doświadczenia nad źrenicą żaby w wyciętem oku. Krew żylna królików i psów, którym wstrzyknięto sok gruczołu tarczowego, wywołuje rozszerzenie źrenicy i daje odczyn na adrenalinę. Dowodzi to, że między gruczołem tarczowym, a nadnerczami istnieje związek, i to w tem znaczeniu, że pierwszy posiada w sobie bodziec (hormon) dla układu chromochłonnego. Po usunięciu trzustki występuje, jak wiadomo, cukromocz. Otóż objaw ten nie jest niczem innem, jak cukromoczem adrenalinowym wskutek braku hamującego działania trzustki. Wycięcie nadnerczy wywołuje znów brak wystąpienia cukromoczu po typowem nakłuciu Kl. Bernarda i t p. Ścisły związek istnieje pomiędzy nadnerczami, a gruczołami płciowymi. Po wycięciu jajników spostrzegano u psów powiększanie się nadnerczy, a u ludzi przy zanikłych jajnikach (obojnactwo i t. p.) spostrzegano przerost nadnerczy. Przy guzach nadnercza (Grawitz) nieraz spostrzega się zmiany drugorzędnych cech płciowych. Jajnik stoi również w ścisłym związku z przysadką mózgową (powiększenie przysadki w ciąży, u wytrzebionych skopców i t. p.). Guzy przysadki wywołują zatratę drugorzędnych cech płciowych. Przy akromegalii stale spotyka się zmiany w sferze płciowej (brak miesiączki, niezdolność płciowa i t. p.). Przerost przysadki wywołuje zanik lub wstrzymanie rozwoju płciowego, a guzy, niszczące miąższ przysadki, wywołują naodwrót nieraz przedwczesny rozwój płciowy. Związku gruczołu tarczowego z narządami płciowymi dowodzą: powiększanie się gruczołu tarczowego w ciąży, występowanie choroby Basedowa po wycięciu jajników i t. p.

Pobudzająco na układ nerwu współczulnego działają zatem: gruczoł tarczowy, nadnercza i lejek (infundibulum) przysadki, wstrzymująco zaś: trzustka, ciałka przytarczyczne i gruczoły płciowe. Wydzieliny gruczołów z wydzielaniem wewnętrznem utrzymują więc równowagę w ustroju, działając wzajemnie na siebie przez wzajemne hamowanie czynności lub pobudzanie innych. Utrata lub wzmożenie czynności jednego z nich odbija się zaraz u drugich i wywołuje znamienne objawy. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki i przetwory.

Nowe środki:

1) Abanon, sól magnezyowa fosforanu winowego.
2) Afermol, włóknik do opatrywania ran, uzyskany z krwi końskiej.
3) Albulactin, rozpuszczalna laktoalbumina.
4) Arsan, połączenie arsenu z białkiem.
5) Astralin, przetwór antypiryny.
6) Antomors, środek odkażający, mieszanina krezolów z kwasem siarkowym.
7) Bakelit, syntetyczna żywica, produkt kondensacyjny fenolu i formaldehydu (w rodzaju laki lapońskiej).
8) Bromovose, połączenie bromu z białkiem.
9) Chinothein, antypiryna, chinina i koffeina.
10) Cocainocreame, anestezyna, octan cynku, tymol i połączenia glinowe.
11) Dealin, kwas borowy, magnezya, tlenek cynku talk i t. p.
12) Diaphanit (do prześwietlań rentgenowskich żołądka), kleik salepowy z żelazem magnesowem i kakao.
13) Ferralbol, żelazo w połączeniu z białkiem jaja i lecytyną.
14) Gallisol (środek na kamicę żółciową), olejek rącznikowy, wątroba siarczana, spirytus, eter, mięta i t. p.
15) Galmanin (zasypka), cynk, skrobia, łojek, magnezya (!).
16) Gurgulin, borogliceryna z mentolem.
17) Gynoval, izoborneolester kwasu izokozłkowego.
18) Lactojod, jod w 5% z białkiem mleka.
19) Leurose, sok mięsny Leube-Rosenthala.
20) Linoval, 93% waseliny, 1% amoniaku, kwasy tłuszczowe i olejek lawandowy.
21) Neurosedat, extract. cannab. ind., extr. hyoscyam., kal. i natr. bromatum.
22) Phosorin, żelazo i fosfor.
23) Pneumacol = sirupus sulphoguajacolo-kreosoti aromaticus.
24) Purjodal, syrup sarsaparyllowy z jodkiem sodu.
25) Robylan, lecytyna i żelazo.
26) Tanargentan, tannina, srebro, białko.
27) Tubertoxyl-durodenal, stara tuberkulina Kocha, atoksyl i kreozot w kapsułkach.
28) Zincochinol, kwas oksychinolino-siarkowy, z 20% tlenku cynku. A.

Tak zwane dawki maksymalne zmuszony jest lekarz praktyczny nieraz przekraczać. Pisząc o tem, zwraca Liebl uwagę na typowe przykłady. Tak np. skład naparstnicy jest tak różny, że czasem zapisywać trzeba olbrzymie dawki naparu, aby uzyskać skutek. W gośćcu uzyskuje się zwykle dobry skutek dopiero ogromnemi dawkami salicylu lub jego przetworów. Podobnie przy zapaleniu płuc działa kreozotal dopiero w olbrzymich dawkach. Widać z tego, że jedynie dostosowywanie leku rozstrzyga o dawce, a szablonowe dawki mogą być tylko drogowskazem dla lekarza początkującego. (Oest. Arzt. Ztg. 1910. Nr 2). A.

Fetyszyzm farmakologiczny. Pod takim tytułem ogłosił Wilfred M. Barton artykuł w »Journ. of the Amer. med. Assoc.« (T. 52. Nr 20), zwracający się przeciwko ślepemu stosowaniu pewnych środków podług utartego zwyczaju, jako środków swoistych w pewnych cierpieniach. Należy tutaj podawanie oliwy przy kamicy żółciowej, kozłka przy histeryi, kwasu garbnikowego przy krwotokach, podskórne stosowanie eteru przy zapadzie, podawanie zimowitu

(colchicum) przy skazie moczanowej, jodku potasu przy miażdżycy, podfosforanów przy neurastenii, soli litowych przy skazie moczanowej, soli potasowych przy krwotokach wewnętrznych i t. p. B. stara się wykazać, że wiara w skuteczność tych środków polega na złudzeniu, a raczej nieuzasadnionem przenoszeniu działania *in vitro* na działanie w ustroju. A.

Przy gruźlicy płuc osiąga podobno Stepp bardzo korzystne wyniki przez stosowanie mentolu w postaci wcierań. Używa on 30—40% maści mentolowej na eukarynie, którą poleca wcierać co dzień przez 10 minut, po kolei w plecy po obu stronach, piersi, uda i t. d. Zwykle po 4—5 miesiącach następuje wybitna poprawa. S. przedstawia chorych w ten sposób leczonych. (Tow. lek. Norymberga 21. X. 1909). A.

Jad grzechotnika wysuszony parą, t. zw. krotalinę, poleca Mays w dawce 0,0006 (w wodzie lub glicerynie), w postaci wstrzykiwań przy gruźlicy płuc, dychawicy, przewlekłem zapaleniu oskrzeli i ostrem zapaleniu płuc, oraz przy nerwobolach. (Bost. med. a. sur. journ. 1909. Nr 15). A.

Przeciwko zakażeniu dwoinkami zapalenia płuc podano 2 surowice: 1) »Antipneumokokkenserum« Prof. Römera i Ruppela. 2) »Pneumokokkenserum Merck«. Surowice te otrzymuje się przez uodpornianie koni. Surowicę pierwszą wstrzykuje się podskórnie lub śródżylnie, ewentualnie przy zapaleniu opon śródoponowo, zapobiegawczo 10 cm³, leczniczo 20 cm³ i to co dzień aż do przesilenia choroby. Surowica Mercka zawiera w 1 cm³ 20—40 jednostek uodporniających. Przy zapaleniu płuc wstrzykuje się podskórnie 200—400 jednostek, powtarzając te wstrzykiwania 3—4 dni z rzędu. Zapobiegawczo wystarcza wstrzyknąć 200—400 jednostek, np. u ludzi starszych tam, gdzie obawiamy się wystąpienia opadowego zapalenia płuc. Tę surowicę także stosuje się przy cierpieniach ocznych (ulcus serpens), wstrzykując surowicę podskórnie, a nadto zakraplając co 2 godziny kilka kropli surowicy do worka spojówkowego. Przy zranieniach spojówki wstrzykuje się zapobiegawczo 100 jednostek. (Med. Klin. 1909. Nr 40). A.

Wodę utlenioną przeciw wzmożonej kwaśności żołądka poleca E. A. Goodman, lekarz »Presbyterian Hospital« w Filadelfii i to w ten sposób. Chory pije po jedzeniu szklankę zwykłej wody, do której dodaje się jedną do dwóch łyżeczek kawowych 3% rozczynu wody utlenionej. Przy tem leczeniu ustępuje zgaga, bole i odbijania i zmniejsza się ilość wolnego kw. solnego w soku żołądkowym. Lek ten pomaga nawet tam, gdzie zawodzą wszystkie dotąd używane środki kwasogubne. E. S.

Nowy a pewny środek przeciwko tasiemcowi podaje Goim w postaci ziaren »Laboe Merrah«, rośliny indyjskiej. (Tijdschr. v. Gen. II. 1909). A.

Eston (preparat octanu glinowego), jako znakomity środek przeczyszczający, a zarazem i odkażający przewód pokarmowy, poleca Dreuws. Przypadkowo odkrył to działanie D., podając eston wewnętrznie chorym na uporczywy wyprysk. Eston podaje się w tabletkach, dorosłym dziennie 3—5 cm, dzieciom 0,25—0,5 grm. (Med. Klin. 1910. Nr 3). A.

Kwasy żółciowe w czopkach jako wybitnie działający środek przeczyszczający polecają Glaessner i Singer. (W. kl. W. 1910. Nr 1). A.

Przy przewlekłych zaparciach stolca poleca Lipowski zamiast lewatyw z oliwy takież z parafiny o topliwości 38°, w ilości 200 cm³. Lewatywę daje się wieczorem i pozostaje ona do rana dnia drugiego. Skutek podobno bardzo dobry. (Berl. kl. Woch. 1909. Nr 29). A.

Seroterapię ostrego zapalenia otrzewnej poleca D. Wilke, asystent kliniki chirurg. z Edynburga. Chorym na to cierpienie radzi wstrzykiwać śródżylnie surowicę krwi ozdrowieńców, którzy przebyli ostre zapalenie otrzewnej tego samego typu. Wyniki mają być zachęcające. Na 6 chorych w rozpaczliwym stanie, u których dotąd znane i stosowane zabiegi zawiodły, uratował W. w ten sposób troje. Jeden chory dostał raz 21 cm³ surowicy, drugi dwa razy 11 i 10 cm³, a trzeci trzy razy 4, 12 i 9 cm³. E. S.

Celem zapobiegania wysypkom przy podskórnem stosowaniu leczniczych surowic poleca Nelter podawanie przez usta, ew. w lewatywie chlorku wapna. Podaje się przez 3 dni 0,75—1,0 pr. die. (Soc. d. biol. 1909, 17. VII.).

Przy zimnicy poleca Mühlens podane przez Nochta i Ufera leczenie małemi, a częstemi dawkami chininy, n. p. 5 razy dnia po 0,2 lub 10 razy po 0,1. (Berl. klin. Wochs. 1909. Nr 29). A.

Wodnik chloralu poleca Prof. Heller z Kiel w 5% rozczynie jako znakomity środek odwaniający preparaty anatomiczne i zarazem dogodny do przechowywania wyjętych narządów (przez owinięcie w ścierkach). Rozczyn ten odwania również bardzo dobrze ręce po sekcyi i t. p. Klinicznie rozczyn ten znalazł zastosowanie (2½%) do płukań gardła i jako rozpylanie przy błonicy (Quincke). (Münch. m. W. 1909. Nr 47). A.

Zapalenie gruczołu przyusznego powstaje podług Rollestona i Fenwicka często, gdy chorzy nie odżywiają się przez usta, n. p. przy odżywianiu przez kiszkę stolcową. Zapobiegawczo poleca Fenwick ruchy ssące, n. p. ssanie gumowego smoczka. (Brit. med. Jour. 29. V. 1909).

Przy padaczce podaje Littlejohn z dobrym skutkiem mleczan wapnia (calcium lacticum) 3 razy dnia po 1,0. (Lancet, 15. V. 1909). A.

Odzwyczajenie od morfiny osiąga Schlesinger w ten sposób, że najpierw wstrzykuje pierwszego dnia 2—4 strzykawek Pravatza z rozczynu: »Morphin. 0,2, Skopolamin. 0,00025, Dionin 0,3«. W następnych 2 dniach schodzi się do niższych dawek, tak że trzeciego dnia dostaje morfinista tylko 0,02—0,03 morfiny. 8—12. dnia wreszcie usuwa się zupełnie morfinę, potem powoli dioninę, a w końcu skopolaminę. Odzwyczajanie to nie jest dla leczonych wcale uciążliwem. (Tow. med. wewnętrz. i pedyatr. Wiedeń, 17. VI. 1909). A.

Szybko oznaczyć można ilość białka, nietylko w moczu, ale i we krwi, wysiękach i t. p. sposobem Aufrechta, który polega na strąceniu białka zapomocą kwasu pikrynowego (1·5%) i cytrynowego, a następnie odwirowaniu osadu w odpowiedniej probówce z podziałką. (Deut. med. Wochs. 1909, Nr 46). A.

Wywoływanie kontrastu tuszem przy badaniu preparatów drobnowidowych, które znalazło zastosowanie w bakteryologii, poleca do wykazania wałeczków moczowych Stoevesandt. Rozczyn tuszu sporządza się w następujący sposób: 1 cm tuszu Grüblera + 9 cm wody przekroplonej wyjaławia się zwolna przez kilka dni i dodaje kilka kropli chloroformu lub 0·5% kwasu karbolowego. Do osadu moczu dodaje się na szkiełko kroplę tego rozczynu. Wszystkie składniki morfologiczne wychodzą przytem jasno na czarnem tle. (Deutsche m. W. 1909. Nr 52). A.

Zamiast wirownicy można podług Ostena użyć roweru. Umieszcza się rower stojący na siodle, do tylnego koła do jednej sprychy przymocowuje się probówkę n. p. z moczem, i obracając za pedał, znakomicie się centryfuguje. (Münch. m. W. 1909. Nr 47).

Ślady cukru w moczu prawidłowym są podług Schöndorffa bardzo częste, dają się jednak wykazać tylko bardzo czułemi próbami, n. p. Worm-Müllera. Ten »fizyologiczny« cukromocz występuje jeszcze częściej po spożyciu obfitem węglowodanów. (Pflüg. Arch. T. 121). A.

W cukrzycy poleca Rudisch atropinę, która w tej chorobie zwiększa tolerancyę dla węglowodanów. Zaczyna się od dawki 3 razy dnia po 0,008 atropiny Mercka bezpośrednio przed jedzeniem, i dochodzi się do dawki 3 razy

dnia po 0,032. Siarkan atropiny podaje się w dawce mniejszej, 0,0005—0,0003. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 19. stycznia 1910.

Przewodniczący R. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 40.

1. Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Dr Henrykowi Sokołowskiemu, zawiadamiając, że imieniem Towarzystwa złożył wieniec na trumnę zmarłego i wyraził wdowie kondolencyę. Pamięć zmarłego kolegi uczczono przez powstanie.

2. Przewodniczący wita jako gości radcę sanitarnego kol. Sopińskiego z Sarajewa i kol. Kozłowskiego z Ojcowa.

3. Prezes odczytuje telegram przysłany w języku polskim przez przewodniczącego III Zjazdu rosyjskich psychiatrów Bechterewa z podziękowaniem za życzenia przesłane Zjazdowi.

4. Prof Kader przedstawia *a*) chłopca 9-letniego ze zniszczoną przez **raka wodnego** (noma) wargą górną, częścią wyrostka zębodołowego i przegrody nosowej, któremu przeszczepił piąty palec stopy lewej w lewą dłoń, w ten sposób, że usunąwszy skórę i paznokieć z tego palca umieścił jego obnażony koniec w nacięciu na dłoni. Chory przez 4 tygodnie musiał być unieruchomiony w położeniu uniemożliwiającem oddalenie dłoni od stopy (patrz rycina Nr 1). Po zrośnięciu się palca z dłonią został on u podstawy wyłuszczony ze stopy i pozostał w związku z dłonią, jak widać na rycinie drugiej. Teraz palec ten zużyty zostanie do zapełnienia ubytku w przegrodzie nosowej i wyrostku zębodołowym, poczem nastąpi wytworzenie wargi górnej.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

b) Osiem **nerek wyciętych z powodu gruźlicy** w ciągu ostatnich 3 miesięcy przez Prof. Kadera, względnie Dr Radlińskiego. K. omawia rozstrzygające znaczenie cystoskopii w rozpoznawaniu gruźlicy nerek, cechy obrazów cystoskopowych, pozwalające ustalić rozpoznanie. Tam gdzie z powodu zbyt małej pojemności pęcherza nawet w znieczuleniu (lędźwiowem tropakokainą) lub uśpieniu ogólnem cystoskopia jest niemożliwą, trzeba niekiedy przystąpić do odsłonięcia nerek. O ile na ich powierzchni nie widać zmian, przemawiających za istnieniem ognisk gruźliczych, (np. w razie gruźliczego schorzenia miedniczki), cechą rozpoznawczą bardzo ważną jest stan moczowodu: w nerce chorej jest on przeważnie zgrubiały. Brak zgrubienia, zdarzający się zresztą bardzo rzadko, nie wyłącza schorzenia gruźliczego nerki i w takich razach należy nerkę podejrzaną naciąć. Z dziedziny objawów przy tak zwanem badaniu czynnościowem (dyagnostyka funkcyonalna), podnosi K. dogodność próby z indygokarminem. Późne lub słabe zjawienie się zabarwienia moczu po wstrzyknięciu tego barwika pod skórę jest ważnym czynnikiem pomocniczym przy rozpoznawaniu. Próba ta jest dogodniejsza od próby z wywoływaniem cukromoczu zapomocą florydzyny, ponieważ pozwala jednocześnie łatwiej odszukać ujścia moczowodów w pęcherzu, zmienionym sprawą gruźliczą; ujście moczowodu wyraźnie zaznacza się wypływaniem co kilka — kilkanaście sekund niebiesko zabarwionego moczu. Wreszcie podnosi K. fakt samoistnego wyleczenia się zmian w pęcherzu po usunięciu chorej nerki, a więc źródła zakażenia. Wyraża przypuszczenie, czy nie odgrywają tu pewnej roli prawidłowe składniki moczu — mocznik, kwas moczowy lub który inny Badanie w tym względzie zamierza K. przeprowadzić w swej klinice.

Za ciekawsze ze wspomnianych ośmiu uważa K. następujące przypadki.

α) Chora l. 42 (obecnie uleczona już opuściła klinikę) Badanie cystoskopowe: ujście lewego moczowodu bliznowato-lejkowato wciągnięte, lekko rozszerzone, półokrągłe, a nie szczelinowate. Świeższe owrzodzenia z nalotami surowatymi i obrzękiem śluzówki w najbliższem sąsiedztwie ujścia moczowodu prawego, wpuklającego się do pęcherza. Po cewnikowaniu moczowodów (przez Dra Radlińskiego), przyczem przy wejściu do lewego cienkim cewnikiem Nr 5 — grubszy nie wchodził — doznawano wrażenia, jakby pokonywano pewien opór — (powyżej ujścia bliznowate zarośnięcie?) i po wstrzyknięciu indygokarminu otrzymano z nerki lewej mocz mętny w małej ilości, zaledwie dostrzegalnie zabarwiony na niebiesko, z prawej mocz czysty w ilości prawidłowej, wybitnie zabarwiony. Na podstawie tego obrazu rozpoznał K. starą gruźlicę nerki lewej w przeddzień niemal jej przejścia w t. zw. gruźlicę zamkniętą, z zarośnięciem moczowodu. Nefrektomia potwierdziła to rozpoznanie. (Okazanie wyciętej nerki, zamienionej w stek jam gruźliczych).

β) Chory l. 33. Wybitne objawy schorzenia pęcherza, częste parcie na mocz, bóle przy moczeniu, cystoskopia z po-

wodu małej pojemności pęcherza bardzo utrudniona, tak iż K. zdołał dojrzeć tylko prawy wylot moczowodu, który okazał się niezmienionym. K. rozpoznał gruźlicę nerki lewej i nefrektomia w zupełności to rozpoznanie potwierdziła. (Okazanie nerki wyciętej). Prawej nerki K. nie obnażał,

γ) Dziewczynka l. 5. Cystoskopia nie dała pewnych wyników z powodu zbyt małej pojemności pęcherza. Odsłonięcie obu nerek; moczowód lewej nerki widocznie zgrubiały, prawej prawidłowy. Same nerki na powierzchni zmian nie okazują. Wycięcie lewej nerki. (Okazanie zmienionej nerki i przedstawienie operowanego).

δ) Chory l. 31. Objawy pęcherzowe tak silne, że cystoskopia zupełnie niemożliwa, a klinicznie nasuwało się przypuszczenie nowotworu pęcherza. Wobec tego cięcie nadłonowe (sectio alta). Śluzówka pęcherza aksamitna, ciemno-wiśniowa z owrzodzeniami o cechach gruźliczych. Przez pęcherz wyczuwa się moczowód prawy wybitnie zgrubiały, lewy mniej zmieniony. W wycinku ściany pęcherza przy badaniu drobnowidowem stwierdzono gruźlicę. W dwa tygodnie potem odsłonięcie obu nerek, stwierdzenie, że chorą jest prawa, usunięcie chorej nerki. Chory zmarł w parę dni po operacyi, z powodu przypadkowego zakażenia rany. (Okazanie zmienionej nerki). Sekcya wykazała, że nerka lewa rzeczywiście nie była zmieniona.

5. Dr Radliński przedstawia chorą l. 46, która przed 6 miesiącami zgłosiła się do kliniki z guzem w podżebrzu lewem. Cystoskopia nie dała pewnych wyników. Prof. Kader, po przekonaniu się z cięcia brzusznego, że guz wychodzi z nerki i że jest z otoczeniem zrośnięty (ropień?), z cięcia lędźwiowego dokonał nacięcia tej nerki, przyczem wylała się znaczna ilość gęstej ropy. W uzyskanym przy tej operacyi skrawku miąższu **nerki** stwierdzono **utkanie gruźlicze.** Tamponada rany. Chora ponownie zgłosiła się do kliniki przed kilku tygodniami. Stwierdzono w ranie lędźwiowej głęboki lejek, prowadzący przypuszczalnie do nerki i wysłany szarą ziarniną gruźliczą. Badanie cystoskopowe wykazało prawidłowość nerki drugiej i zupełną nieczynność chorej, w pęcherzu żadnych zmian. R. dokonał usunięcia chorej nerki po rozcięciu dawnej blizny. Usunięcie mogło być dokonane tylko zapomocą rozkawałkowania (morcellement Tuffier). Miąższ stosunkowo łatwo oddzielał się od zmienionej w zbitą tkankę torebki włóknisto-tłuszczowej, silnie pozrastanej z otoczeniem. Niemożliwem było utworzenie szypuły z naczyń wnęki, wobec czego podwiązano je »en masse« tuż pod ostatniemi resztkami miąższu i miąższ ten przypalono żegadłem Pacquelina. Niemożliwem było również wyosobnienie moczowodu, nacięto go więc »in situ« najdalej w dół i wyłyżeczkowano. Ranę tamponowano. Gojenie postępuje prawidłowo. Co pewien czas przypala się żegadłem lub $AgNO_3$ szarą ziarninę, narastającą na miejscu pozostawionych przy wnęce resztek miąższu. Jest to drugi przypadek rozkawałkowania nerki przy gruźlicy w klin. Prof. Kadera. (Streszczenie własne).

6. Kol. Hładij przedstawia **dwa rentgenogramy z przypadku zapalenia szpiku kości udowej,** gdzie Prof. K. usunął od strony przegubu kolanowego większą część tylnej powierzchni kości, pozostawiając tylko cienką blaszkę przednią wraz z okostną. Rentgenogramy okazują odradzanie się kości od okostnej. H. podnosi konieczność rozległego usuwania trumienki, gdyż tylko takie postępowanie zapewnia trwały wynik.

7. Radca dworu Prof. Wicherkiewicz przedstawia chorą, u której wykonał **operacyę opadniętej powieki** sposobem Weckera, a zmarszczki nakątnej swoją metodą.

8. Sprawozdanie z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

9. Kol. Blassberg wygłasza wykład: **O tak zwanym artrytyzmie** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 19. października 1909.

1. Marta Ehrlichówna wygłosiła rzecz: **O wartości metody barwików Gasisa.**

2. Teodor Heiman wypowiedział rzecz p. t. **Otoskleroza.** Opierając się na zebranym przez siebie materyale anatomo-patologicznym i drobnowidowym, dotąd istniejącym, skłania się prelegent do poglądu tych badaczy, którzy otosklerozę uważają za zapalenie, biorące początek z jamy bębenkowej. Bez względu na patogenezę choroby, główną i jedyną jej podstawę anatomiczną stanowi zrost kostny strzemienia z okienkiem owalnem, oraz zarośnięcie okienka okrągłego. Heiman zbija pogląd Habermana, który uważa kiłę za najczęstszą przyczynę otosklerozy. W swojej statystyce, która obejmuje 223 przypadki otosklerozy, Heiman stwierdził, że najczęstszą jej przyczyną jest niedokrwistość, drugie miejsce zajmuje dziedziczność, następnie kiła, dalej idzie ciąża i poród.

W dyskusyi zaznacza Hewelke, iż przy wywiadach co do dziedziczności należałoby trzymać się metody według tablic genealogicznych Lorenza. — Guranowski zaznacza, że dziedziczność w otosklerozie jest niewątpliwą. Stwierdził ją w 33% swoich przypadków, dziedziczy się jednak nie choroba, lecz usposobienie do choroby. Zwraca uwagę na pogląd Malherbea, który objawy otosklerozy tłómaczy stwardnieniem tętnic i wzmożonem ciśnieniem krwi.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie d. 4. listopada 1909.

Przewodniczy St. Trzebiński. Obecnych członków 26.

1) R. Weller: **O porażeniu przestankowem kończyn górnych.**

W dyskusyi zapytuje Łążyński, jakie jest wogóle rokowanie w chromaniu przestankowem i jak często występuje tu zgorzel kończyn; czy zawsze przy tej chorobie istnieją zmiany tętnic (endarteriitis obliterans) i czy histerya może doprowadzić do zgorzeli kończyn, wywołując objawy kliniczne, podobne do objawów przy chromaniu przestankowem; przytem przytacza przypadek, opisany przez Prof. Tichowa i inny, spostrzegany we własnej praktyce, a dotyczący młodej kobiety, u której stwierdzono histeryę i która wkrótce po opuszczeniu lecznicy umarła z powodu zgorzeli kończyny dolnej. — Weller odpowiada, że w postaci angiospastycznej Oppenheima o przebiegu łagodnym zgorzel nie występuje wcale lub po upływie wielu lat. Higier wskazuje, że w połowie jego przypadków zgorzel występowała dopiero po 50. roku życia, t. j. w okresie, w którym wogóle układ naczyniowy już ulega zmianom. W innym szeregu przypadków, które pozostawały pod obserwacyą Higiera w ciągu 8—9 lat, nie spostrzegał on żadnych zatrważających pod tym względem objawów. Ostatecznie wszystko zależy od podstawowej sprawy naczyniowej, sprawności układu nerwowego, ogólnego stanu zdrowia i odpowiedniego leczenia. Zmiany tętnic są sprawą nieodłączną od tej choroby; histerya sama przez się nie może doprowadzić do zgorzeli; w przypadkach przytoczonych przez Łążyńskiego była to najpewniej inna sprawa, być może choroba Raynauda, która czasami występuje na tle nerwic czynnościowych. — Cichocki zapytuje, czy w spostrzeganym przez prelegenta przypadku skurczu naczyń robiono pomiary ciśnienia krwi. Badania, prowadzone w tym kierunku, mogłyby się przyczynić do wyjaśnienia istoty omawianego cierpienia. — Trzebiński zwraca uwagę prelegenta na to, że mówiąc o chromaniu przestankowem, nie wspomniał o znaczeniu rasy i zaznacza, że przypuszczenie, jakoby rasa miała wpływ na częstość występowania tej sprawy, nie zostało stwierdzone, jak również, według zdania wielu, niema tu znaczenia także i palenie tytoniu. — Weller potwierdza, że gdy poprzednio Idelson, Higier i inni podnosili znaczenie rasy, w ostatnich czasach Wandel i inni sądzą, że rasa niema żadnego wpływu.

2) A. Januszkiewicz: **Wpływ alkoholu na serce i naczynia krwionośne.**

W dyskusyi zapytuje Łążyński, jakim przemianom chemicznym podlega alkohol etylowy po wessaniu do krwi i czy prelegent nie zajmował się jednocześnie wyjaśnieniem wpływu

na układ krwionośny alkoholów wieloatomowych. — Nowiński podnosi, że wywoływany przez alkohol skurcz naczyń krwionośnych jamy brzusznej, jak to wykazał prelegent, mógłby przeszkadzać w gojeniu się np. owrzodzeń durowych, wywołując niedokrwienie schorzałej okolicy. — Sągajło zapytuje, jakiego jest zdania prelegent o stałem używaniu alkoholu przy posiłkach w ilościach umiarkowanych przez ludzi zdrowych a także zapytuje, jakie poglądy panują obecnie na sprawę szkodliwości alkoholu w chorobach nerkowych. — Nowaczek podnosi korzyści, jakie możemy otrzymać przez stosowanie alkoholu w chorobach zakaźnych i przypomina, że sprawą wartości leczniczej alkoholu zajmował się ś. p. Dunin i że uważał go za dzielny środek leczniczy. — Waryński zaznacza dodatni wpływ alkoholu przy leczeniu róży, zwłaszcza u ludzi, przyzwyczajonych do napojów wyskokowych. Co do szkodliwego działania alkoholu przy wiewiórze, to najszkodliwsze są wino i piwo, zaś najmniej szkodzi czysta wódka. — Trzebiński przytacza przypadek, w którym u kilkumiesięcznego dziecka po oparzeniu zastosowano na większej przestrzeni okłady z alkoholu. Ponieważ dziecko po paru godzinach umarło, nasuwa się pytanie, czy nie nastąpiło tu zatrucie alkoholem, tembardziej, że wkrótce po zastosowaniu alkoholu dziecko straciło przytomność. — Januszkiewicz odpowiada, że alkohol etylowy wsysa się do krwi jako taki i niezmieniony przechodzi do narządów, a chociaż spala się powoli i pozostaje przez czas dłuższy w ustroju, nie zdołano dotychczas wykryć produktów przejściowych. Co do sprawy, podniesionej przez Nowińskiego, to przy stosowaniu leczniczych dawek wyskoku nie może być mowy o znaczniejszem i dłużej trwającem niedokrwieniu narządów wewnętrznych, a tem samem i o ujemnym wpływie wyskoku na gojenie się np. owrzodzeń durowych. W żywotnej sprawie, poruszonej przez Sągajłę, sądzi, że codzienne używanie wyskoku przez ludzi zdrowych może być tylko szkodliwe, o ile trwa dłuższy przeciąg czasu. Co innego, jeżeli chodzi o wzbronienie codziennego używania niewielkich ilości wyskoku człowiekowi, który go oddawna używa, przyzwyczaił się, pobudza w ten sposób apetyt i trawienie i t. p. Co do szkodliwości alkoholu w chorobach nerkowych, to J. przytacza pracę rosyjską Gurwicza, dowodzącą, że nawet w ostrem zapaleniu nerek wyskok, podawany w dość dużych dawkach (90—180 gramów 45° wódki na dobę), nie zwiększał ilości białka, wałeczków i krwi w moczu. Sądząc zresztą o tej sprawie z teoretycznego punktu widzenia, należy również przypuszczać, że wyskok nie wywiera szczególniejszego drażniącego wpływu na nerki wobec tego, że się wydziela przez nie w nieznacznej ilości, mianowicie według Bodländera zaledwie 1·17% a według Strassera 1·71% zażytego wyskoku opuszcza ustrój przez nerki. Co do śmierci oparzonego dziecka, to czy tu były winne okłady z alkoholu, trudno naturalnie coś stanowczego obecnie orzec.

3) M. Waryński pokazuje **ciało obce wydobyte z pęcherza i cewki moczowej.** (Rzecz ma być ogłoszona drukiem). Dyskusyi nie było. Sekretarz: A. Januszkiewicz.

O wiwisekcyi i ruchu przeciwwiwisekcyjnym.

Napisał

Adam Wrzosek.

(Ciąg dalszy).

§ 2. Rozwój wiwisekcyi. Zarzuty czynione wiwisekcyi.

Dzieje wiwisekcyi sięgają starożytności. Wiadomo, że Galen robił sporo doświadczeń na zwierzętach. Słynny ten świata starożytnego lekarz robił wiwisekcye przeważnie na świniach i małpach. Przecinał on nerwy, niszczył rdzeń kręgowy na rozmaitej wysokości, przedziurawiał klatkę piersiową z jednej lub dwu stron i inne tym podobne doświadczenia wykonywał. Później, w wiekach średnich, metoda wiwisekcyjna była całkiem zaniedbana. I dopiero poczynając od Odrodzenia wiwisekcya z powrotem zyskuje sobie prawo obywatelstwa wśród metod badania naukowego. Pierwszym wiwisektorem w czasach nowożytnych był, zdaniem Bugla[5]), nasz najznakomitszy lekarz Odrodzenia, Józef Struś (1510—1568). W najważniejszem swojem dziele p. t. »Ars sphygmica«, wydanem w Bazylei w r. 1540, które doczekało się trzech wydań w wieku XVI i jednego w XVII, wspomina Struś, że często obserwował rozmaite okresy zatrzymania się serca, mianowicie najpierw zatrzymanie się szczytu serca, potem części środkowej, dalej podstawy i wreszcie uszek serca u zwierząt żyjących, którym odejmował przednią część klatki piersiowej.

Po Strusiu metoda wiwisekcyjna nie była już nigdy z nauki wyrugowana. Stosowali ją: Aselli (1571—1626), Harvey (1578—1657), Pecquet (1622—1674), Graaf (1641—1678), Haller (1708—1777), ks. Spallanzani (1729—1799), wszystko ludzie, którzy wielkie zasługi naukowe położyli. Lecz dopiero Magendie (1783—1855), Klaudyusz Bernard (1813—1878) i K. Ludwig (1816—1895) wprowadzili ją jako główną metodę badania do fizyologii, a do patologii Kl. Bernard i Stricker, który był kierownikiem pierwszego zakładu patologii doświadczalnej w Austryi, założonego w Wiedniu w r. 1868. Od tego czasu wiwisekcya zyskała należne jej stanowisko zarówno w fizyologii, jak i w patologii. Dzięki tej metodzie badania porobiono w fizyologii i patologii doświadczalnej tyle ważnych odkryć, iż bez przesady rzec można, że umiejętności rzeczone postęp swój w bardzo znacznej mierze wiwisekcyi zawdzięczają. A mimo tego niektórzy przeciwnicy wiwisekcyi twierdzą, że nauka wiwisekcyom nie ma nic do zawdzięczenia, że przeto należy zaniechać bezpożytecznego męczenia zwierząt. Inni przeciwnicy wiwisekcyi dowodzą, że doświadczenia, na zwierzętach wykonywane, nie mają wielkiego dla fizyologii i patologii ludzkiej znaczenia, gdyż między czynnościami ustroju ludzkiego, a ustroju zwierząt, na których wykonywa się doświadczenia, zachodzą znaczne różnice. Są wreszcie tacy przeciwnicy wiwisekcyi, którzy występują jedynie w imię pobudek moralnych, utrzymując, że człowiek nie ma prawa poddawać zwierząt takim strasznym torturom, jakiemi według ich zapatrywania są wiwisekcye. Twierdzą oni dalej, że wiwisekcye wpływają ujemnie na charakter eksperymentatorów i widzów, czyniąc jednych i drugich zatwardziałymi na cierpienia.

Te są trzy najważniejsze zarzuty, na podstawie których przeciwnicy wiwisekcyi żądają zakazu wykonywania doświadczeń na zwierzętach.

Rozpatrzmy te zarzuty.

Na pierwszy zarzut można bardzo krótko odpowiedzieć, iż kto ma dobrą wolę po temu, łatwo dowiedzieć się może, co nauka wiwisekcyom zawdzięcza: niech tylko uważnie przeczyta podręczniki fizyologii i patologii doświadczalnej. Wyliczać wszystkie odkrycia, dokonane w fizyologii, patologii, farmakologii i bakteryologii, dzięki doświadczeniom na zwierzętach, nie sposób, gdyż byłoby trzeba wyliczyć olbrzymią liczbę odkryć, w naukach tych dokonanych. Dość wspomnieć, że bez wiwisekcyi nie wiedzielibyśmy nic zgoła o czynnościach wielu narządów takich np., jak tarczyca, nadnercza; nie wiedzielibyśmy lub bardzo mało wiedzielibyśmy o czynnościach kory mózgowej itd. itd. Dość wspomnieć, że bez doświadczeń na zwierzętach, nie byłby możliwy wspaniały rozwój bakteryologii, który datuje się od kilku dziesiątków lat. Dość wspomnieć dalej, że i chirurgia, a więc medycyna praktyczna, również nie mało ma wiwisekcyom do zawdzięczenia[6]). Zanim odważono się wycinać nerkę ludziom, wtedy, gdy zachodzi tego potrzeba, przekonano się najpierw na zwierzętach, że zwierzęta po wycięciu jednej nerki żyć mogą, nie podlegając żadnym zaburzeniom, jeżeli pozostała druga nerka jest zdrowa. Również wiwisekcyom zawdzięczają swoje istnienie w chirurgii takie niezmiernie ważne operacye, jak doszczętne wycięcie żołądka lub usunięcie całej krtani. Gdyby asystent słynnego chirurga Billrotha, a późniejszy znakomity

[5])W. Bugiel. Nasz najznakomitszy lekarz Odrodzenia Józef Struś (1510—1568). Nowiny Lekarskie 1908.

[6]) R. Heidenhain. Die Vivisection. Auf Veranlassung des königl. preussischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. Leipzig 1884.

chirurg Czerny, nie dowiódł był drogą eksperymentów na zwierzętach, że psom można wycinać krtań i po tej operacyi utrzymać je przy życiu, nie byłby się zapewne Billroth odważył wykonać tej operacyi jeden z pierwszych na człowieku. Toż samo, gdyby się nie przekonano, że pies po wycięciu żołądka może żyć lata całe, nie odważonoby się u ludzi wykonywać tej operacyi. — Udoskonalenie sposobów zeszywania jelit również wiele doświadczeniom na zwierzętach zawdzięcza. Nawet udoskonalenie przez Spencera Wellsa takiej operacyi, jak wycinanie jajników, wiele zawdzięcza eksperymentom na zwierzętach. Słowem, wiwisekcye nie w małym stopniu przyczyniły się i przyczyniają do postępu nawet takiej praktycznej gałęzi medycyny, jaką jest chirurgia operacyjna.

Co się tyczy drugiego zarzutu przeciwników wiwisekcyi, przeciwników więcej umiarkowanych, twierdzących, że doświadczenia na zwierzętach nie mają dla fizyologii, patologii i wogóle dla medycyny wielkiego znaczenia, gdyż między czynnościami ustroju zwierząt a człowieka zachodzą znaczne różnice, to i ten zarzut nie trudno odeprzeć. Gdyby fizyologowie i patologowie wykonywali doświadczenia na zwierzętach bezkręgowych, zarzut taki byłby usprawiedliwiony. Ponieważ jednak doświadczenia fizyologiczne i patologiczne wykonywa się niemal wyłącznie na zwierzętach kręgowych: żabach, myszach, szczurach, gołębiach, świnkach morskich, psach i niektórych innych zwierzętach, — przeto wspomniany wyżej zarzut jest w znacznej mierze podstawy swej pozbawiony. Albowiem wszystkie kręgowce zbudowane są według jednego zasadniczego planu i czynności ich ustroju mają wiele podobieństw, gdyż różnią się tylko w szczegółach, lecz nie w rzeczach zasadniczych. Tak np. po wycięciu śledziony, żołądka lub jednej nerki może żyć nietylko pies, kot lub inne jakie zwierzę, lecz i człowiek; przecięcie nerwu twarzowego lub porażenie tego nerwu wywołuje porażenie mięśni twarzowych zarówno u psa, jak i u człowieka; podrażnienie nerwu błędnego wywołuje zwolnienie czynności serca zarówno u żaby, świnki morskiej, królika, psa, jak i u człowieka i t. d. Przykładów podobnych możnaby bez liku przytoczyć. Fizyolog lub patolog, pragnąc rozwiązać pewne zagadnienie naukowe, wybiera do doświadczeń takie zwierzęta, które najbardziej nadają się do tego, aby wnioski z tych doświadczeń można było z pewnemi zastrzeżeniami stosować w fizyologii i patologii ludzkiej. Do badań np. nad czynnościami kory mózgowej nie można używać królików, jeżeli chce się z tych badań wysnuwać jakiekolwiek wnioski dla fizyologii człowieka, lecz trzeba użyć do tych doświadczeń małp.

W innych razach lepiej jest nawet użyć do eksperymentów zwierzęcia z niższą organizacyą, aniżeli wyższą. Tak np. do badań nad gruźlicą nadają się lepiej świnki morskie, aniżeli psy. Co więcej, wykonywanie doświadczeń na niższych kręgowcach, takich jak żaby, może nam nieraz większe oddać usługi, od doświadczeń, wykonywanych na kręgowcach wyższych. U żab bowiem czynności ustroju odbywają się wolniej, a poszczególne narządy mają większą samodzielność, aniżeli u zwierząt wyższych; stąd łatwiej badać niektóre właściwości ustroju zwierzęcego na kręgowcach niższych, aniżeli wyższych. Dlatego bodaj najwięcej wiwisekcyi robi się na żabach, i śmiało rzec można, że w rzędzie zwierząt, z których fizyologia dotychczas odniosła największy pożytek, należy na jednem z naczelnych miejsc postawić żabę. Atoli doświadczenia na zwierzętach odgrywają wielką rolę, nietylko w fizyologii, lecz w patologii wraz z bakteryologią, przyczyniając się do wyjaśnienia wielu spraw chorobnych, a nawet mogą doprowadzić do wynalezienia skutecznego środka leczniczego, jak tego mamy przykład na surowicy przeciwbłoniczej.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła 19. II. b. r. posiedzenie nadzwyczajne przy udziale grona dermatologów, lekarzy urzędowych i autonomicznych; na posiedzeniu tem rozpatrywano sprawę prostytucyi i chorób wenerycznych we Lwowie.

Wydział Związku krajowego lekarzy uwiadamia Kolegów, że po przeprowadzeniu rokowań z Zarządem kasy chorych dla uczniów krawieckich w Krakowie, zezwala na kompetowanie o tę posadę, jednakowoż pod warunkiem, że petenci przed przyjęciem posady mają się porozumieć z Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

Sprawozdanie Wydziału Związku krajowego lekarzy za r. 1909. Ustępujący Wydział, wybrany przez Zjazd Delegatów Związku w dniu 1 maja 1909 r., rozpoczął swoje urzędowanie od tego, że z polecenia Zjazdu Delegatów przedłożył c. k. Namiestnictwu do zatwierdzenia nowy statut. Dawny bowiem statut Związku, jako zbyt skomplikowany, bardzo utrudniał spełnianie zadań organizacyi. Według brzmienia dawnego statutu każdy powiat polityczny miał posiadać swoją odrębną organizacyę, swój zarząd, swoją kasowość. Organizacye powiatowe miały łączyć się w związki obwodowe znów o własnym zarządzie i o własnym statucie, a związki obwodowe dopiero miały należeć razem jako członkowie do Związku krajowego. Pominąwszy tę okoliczność, że taka organizacya była maszyną zbyt ciężką, że niektóre sprawy musiałyby przechodzić przez alembik trójstopniowej organizacyi, był dawny statut już dlatego nieodpowiednim, że samych członków różnych zarządów musiałoby być przeszło 700. Z tych wszystkich powodów oparto Związek na nowym statucie, który ustanawia jeden tylko wydział w Krakowie dla całego Związku, a natomiast łączy członków Związku w koła terytoryalne o pewnej autonomii w sprawach natury miejscowej. Jako podstawę zasadniczą organizacyi zatrzymano nadal t. zw. »zobowiązanie« przystąpienia do Związku. Wydział mimo wszystkie zarzuty, czynione treści zobowiązania, uważa to zobowiązanie za kardynalną podstawę organizacyi, która nie może żadną miarą spełniać swego zadania bez ścisłej karności. Wysoka kara konwencyonalna, nałożona w zobowiązaniu na niesolidarnych lekarzy, jest zdaniem Wydziału nieodzowną, a według licznych objaśnień, ogłoszonych już dawniej przez Wydział w prasie zawodowej, jedynie lekarze chwiejni, nie posiadający dosyć poczucia solidarności zawodowej, mogą wysokość kary konwencyonalnej uważać za przeszkodę w przystąpieniu do Związku. Wszystkie instytucye zapomogowe i pośredniczące, które istniały przy Towarzystwie Samopomocy lekarzy, pozostały i nadal przy Związku, a Wydział z wielkiem zadowoleniem zaznacza, że instytucye te rozwijają się pomyślnie, czego dowodzą umieszczone poniżej cyfrowe sprawozdania. Jeżeli mimo wszelkie wysiłki nie zdołaliśmy dotychczas skupić w Związku wszystkich kolegów w kraju, to nie Wydział ponosi winę, ale w pierwszym rzędzie indolencya lekarzy, którzy sami nie mogą pojąć, w czem leży główna przyczyna upadku stanu lekarskiego. Tworzenie coraz nowych instytucyi zawodowych, krytykowanie drugich bez podania własnego lepszego pomysłu, trzymanie się na uboczu i narzekanie na biedę bez rozpoczęcia wspólnej solidarnej akcyi, oto powody, które, zdaniem Wydziału, są największą zaporą w powstaniu silnej organizacyi, a w następstwie tego przyczyną biedy lekarskiej. Że głównie indolencya wstrzymuje nasz rozwój, tego dowodzi fakt, że gdy tylko znaleźli się chętni do agitacyi koledzy, którzy odbyli podróże agitacyjne w kraju, zaraz z największą łatwością powstały Koła Związku w Rzeszowie i Tarnowie. Zresztą przykład innych krajów Austryi wystarczy: *Wszędzie oprócz Galicyi istnieją silne organizacye lekarzy, wszystkie mają statut, podobny do naszego, u wszystkich warunkiem przystąpienia do organizacyi jest zobowiązanie prawie równobrzmiące z naszem, a tylko w formie znacznie ostrzejsze, a nigdzie nikt nie myślał nawet o podnoszeniu zarzutów przeciw temu zobowiązaniu.* Stwierdził to nasz delegat na Zjazd organizacyi lekarskich w Austryi, Prof. Wicherkiewicz, który umyślnie w tym kierunku informował się u lekarzy różnych krajów i narodowości. W Czechach np. do organizacyi należy 97% wszystkich lekarzy.

Czas najwyższy, ażebyśmy zerwali z tem »liberum veto«,

ażebyśmy mimo drobne różnice poszli razem w sprawach, wszystkich nas dotyczących, a wtedy Wydział Związku nie będzie w swem sprawozdaniu zamieszczał spisu członków organizacyi, lecz wyliczy nieliczne nazwiska tych, którzy jeszcze do organizacyi nie przystąpili.

Zestawienie kasowe za r. 1909 zamknięto kwotą 10.738·76 kor. w dochodach i wydatkach; bilans Towarzystwa w stanie biernym i czynnym kwotą 37.752·38 kor., w czem fundusz im. Jordana 21.252·14 kor., a fundusz obrotowy (zawodowy) 12.727·42 kor. Administracya znaczków receptowych miała dochodu 4118·17 kor., oddział należytości 1527·07 kor. (w czem ściągnięte dla lekarzy honorarya 1079·68 kor.), kasa pogrzebowa miała dochodu i rozchodu po 2233·29 kor., a wypłaciła 5 wdowom po lekarzach 1546 kor. (od początku istnienia kasy wypłacono 23 wdowom 8144 kor.). Liczba członków Związku zwolna, lecz stale zwiększa się i przekroczyła 250. R.

Sprawa ubezpieczenia społecznego, zagrażająca wprost bytowi lekarzy wolno praktykujących i wielkiemi szkodami lekarzom kas chorych, gdyby słuszne żądania lekarzy nie zostały w ustawie uwzględnione, — wchodzi znowu na porządek dzienny wraz z otwarciem ponownem obrad parlamentu austr. Z tego powodu ogłasza Prezydyum państwowego Związku organizacyi lek. austr. gorącą odezwę, nawołującą do uzupełnienia organizacyi lekarzy w całej Austryi; zorganizowani lekarze będą bowiem mieć tę siłę, aby zapomocą środków zupełnie legalnych wyrobić posłuch swoim żądaniom. Przeprowadzenie bowiem ubezpieczenia społecznego bez lekarzy jest niemożliwe; trzeba jednak, aby lekarze byli gotowi do ewentualnej walki, w której zwycięstwo osiągnąć można tylko jednolitem i solidarnem wystąpieniem. Z.

Jako porażkę lekarzy w sprawie ubezpieczenia społecznego w Austryi uważać należy fakt, że komisya parlamentarna dla tej sprawy uchwaliła już przyjąć jako granicę ubezpieczenia 3600 kor. (zamiast 2400 kor., jak to proponował rząd i żądali lekarze). Jestto ostatnie »memento«, nawołujące do niezwłocznego uzupełnienia organizacyi! Związek państwowy org. lek. nawołuje do urządzania zgromadzeń i wysyłania memoryałów protestujących przeciw tej uchwale. K.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910. (C. d.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie F. Lic, St. Ożarowski, Zaorski, K. Schnek, Leon Feuerstein, E. Borzęcki, W. Kania, A. Kleski, J. Dura, D. Immerglückówna, J. Owsiński, G. Helfer, W. Bujak, Z. Szydłowski, E. Damański, K. Zgórski, M. Pańczyszyn, W. Czernecki, Z. Silbersteinówna, Kotiers, St. Balicki, S. Stauber, W. Natter, M. Grabscheid, H. Kraus, A. Michnik, Prof. Dobrowolski, Fr. Herning, W. Bilwin, Ch. Dortort, Langsam, W. Dziewoński, I. Smyczyński, M. Landesberg, Z. Czaplicki, G. Dobrucki, I. Bielecki, Krongold, r. dw. Prof. Jakubowski, Prof. Gliński, T. Walichiewicz, W. Grabowicz, E. Zadurowicz, Prof. Bujwid, H. Markiewicz, H. Wein. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. II. do 19. II. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 4, Barysz 1, Hrehorów 3, Nowosiółka koropiecka 4), Brzeżany (Kozłów 3), Horodenka (Niezwiska 2), Jaworów (Podłuby 1, Młyny 5), Podhajce (Uwsie 5), Skałat (Skałat 1), Śniatyn (Zabłotów 3), Stryj (Wyżłów 1), Zborów (Grabkowce 1). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. II. do 19. II. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 6, płonicy 12 † 1 (3 † 1), odry 8 † — (1 † —), duru brzusznego 4 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † — (1 † —), róży 1 † 1 (1 † 1), inne choroby zakaźne 13. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 23. I. do 1. II. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 59 † 14, odry 2, płonicy 8 † 2, błonicy 13 † 4, róży 17, duru plamistego 20 † 3, duru brzusznego 16 † 2. (Gaz. lek. Nr 8).

---

† Dr Stanisław Klikowicz.

W dniu 2. lutego 1910 umarł na obczyźnie, w Kazaniu, Dr med. Stanisław Klikowicz, docent uniwersytetu moskiewskiego, wojskowy lekarz brygady. Należał on bezwątpienia do najlepszych internistów w Rosyi, był najwybitniejszym uczniem słynnego klinicysty Botkina. Wzór lekarza, aż do zaparcia się samego siebie oddanego choremu, niezwykle sumiennie spełniającego swe obowiązki, był ś. p. Klikowicz zarazem wszechstronnie wykształconym człowiekiem, pilnie śledzącym literaturę nietylko fachową, zamiłowanym w muzyce i malarstwie.

W nauce imię Jego zarysowało się wyraźnie i trwale. Rozprawa Jego, przedstawiona celem uzyskania doktoratu medycyny, o działaniu tlenku azotu na ustrój, jest klasyczną pracą w literaturze lekarskiej. Praca ta odznacza się zarówno dokładnością spostrzeżeń, ścisłością analizy spostrzeganych zjawisk, jak również znakomitem przedstawieniem rzeczy. Rozprawę czyta się z niezwykłem zajęciem, wprost jednym tchem! Nic dziwnego, że mistrz ś. p. Klikowicza, Botkin, zachwycony był tą pracą i cenił wysoce jej autora. Podobnież prace ś. p. Klikowicza nad losem soli kuchennej w ustroju i nad wydzielaniem żółci — zdobyły sobie trwałe miejsce w piśmiennictwie.

Przy głębokiej wiedzy, odznaczał się ś. p. Klikowicz wielką prostotą i skromnością, a w stosunku do kolegów zawsze wielką życzliwością i prawdziwie koleżeńskiem zachowaniem się. Pomimo, że całe życie spędził w głębi Rosyi, zawsze czuł się Polakiem, tęsknił za ojczyzną i marzył o osiedleniu się w rodzinnem mieście — Wilnie.

W krótkości podajemy Jego życiorys. Urodził się 31. sierpnia 1853 r. w Wilnie. W 1876 r. ukończył Akademię Medykochirurgiczną w Petersburgu »cum eximia laude«. Na podstawie rozprawy konkursowej pozostawiono Go przy Akademii na 3 lata dla dalszego kształcenia się w naukach. Pracował głównie w klinice głośnego Botkina, wśród którego uczniów wyróżniał się talentem, energią i pracowitością. Z powodu wojny rosyjsko-tureckiej przerwał studya, udając się na plac boju. Tu odznaczył się wzorowem spełnianiem obowiązków i poświęceniem, za co otrzymał wysokie ordery, oraz »osobiste Najwyższe podziękowanie« za walkę z epidemią duru brzusznego w armii czynnej. 23. maja 1881 uzyskał stopień doktora medycyny, poczem zostaje w Akademii i oddaje się studyom chirurgii polowej. 23. sierpnia 1882 r. wyjeżdża na krótko do szpitala wojskowego do Wilna, skąd został wysłany na 2 lata zagranicę, jako jeden z najwybitniejszych lekarzy. Zagranicą pracuje w najlepszych instytutach Europy: u Ludwiga, Kocha, Virchowa i zaznajamia się z urządzeniami zdrowotnemi Anglii, Francyi, pozostając zagranicą do 1. stycznia 1886 r. Po powrocie z zagranicy otrzymał tytuł docenta Akademii, która posyła Go ponownie zagranicę na 4 miesiące w celach naukowych. Już jako docenta przeniesiono Go w charakterze młodszego lekarza wojskowego do Smoleńska, stamtąd na krótko do Moskwy, wreszcie na czas dłuższy już jako starszego lekarza pułkowego do Torżka. Od r. 1894 pracuje w Moskwie, jako starszy lekarz szpitala wojskowego, pełniąc często obowiązki konsultanta chorób wewnętrznych, a jako docent uniwersytetu, wykładając studentom dyagnostykę chorób wewnętrznych. Wykłady te cieszyły się ogromnem powodzeniem: słuchacze chętnie gromadzili się na wykłady prawdziwego mistrza słowa i wiedzy, jakim był ś. p. Klikowicz. W 1905 r. przeniesiony został z Moskwy do Niżniego-Nowogrodu w charakterze lekarza dywizyi, a w rok później do Kazania w charakterze lekarza brygady. Mimo to wykładów w uniwersytecie moskiewskim nie przerywa.

Po przybyciu do Kazania, gdzie kolonia polska znajdowała się w zupełnem rozbiciu, ś. p. Klikowicz energicznie wziął się do pracy, podniósł upadające Towarzystwo Dobroczynności, na czele którego stanął, jako prezes. W zabiegach o dobro Towarzystwa i rozwój kolonii polskiej nie szczędził pracy i czasu. Wytężona praca odbiła się wkrótce na Jego zdrowiu. W styczniu 1909 dostał pierwszego napadu udarowego, z którego wyszedł z małymi stosunkowo szwankami. Mimo to nie zaprzestał pracy naukowej i obywatelskiej. W kwietniu 1909 nastąpił drugi napad, po 2 następnych napadach zakończył ś. p. Klikowicz życie 2. lutego b. r. Straciliśmy w nim człowieka niepospolitego i szlachetnego obywatela, lekarza o wielkiej wiedzy i talencie, któremu nie dano niestety odpowiedniego pola, by zabłysnął w całym blasku.

Niech Ci, kochany druhu i przyjacielu, lekką będzie ziemia!
Prof. Dr W. Orłowski (Kazań). Prof. Dr L. Popielski (Lwów).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 19. lutego odbyło się posiedzenie pełnej Izby lek. zachodnio-galicyjskiej, na którem załatwiono następujące sprawy: 1) Przyjęto zamknięcie rachunków za r. 1909 i udzie-

lono podskarbiemu absolutoryum, jakoteż wyrażono uznanie za gorliwe spełnianie czynności. 2) Zatwierdzono preliminarz budżetu na r. 1910. 3) Ratyfikowano wszystkie uchwały XIV. wiecu Izb lekarskich. Nad niektórymi punktami toczyła się żywa dyskusya. 4) Co do organizacyi zawodowej lekarzy uchwalono, aby na wspólnem posiedzeniu Wydziału obu Izb lekarskich, mającem się odbyć we Lwowie, porozumiano się ostatecznie w tej sprawie. 5) Uchwalono wniosek Wydziału, aby zakupić 10 akcyi nowego Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków i odpowiedzialności »Kosmos«. 6) Uchwalono przekazać Wydziałowi następujące sprawy: a) Prowadzenie stałej ewidencyi wdów i sierót po lekarzach i pobieranych przez nie z różnych źródeł zasiłków. b) Zwrócenie bacznej uwagi na agitacyę w kierunku zakładania kas majsterskich, poczynającą się objawiać w zachodniej Galicyi. c) Sprawę walki z broszurami partackiemi pojawiającemi się w Galicyi. 7) Projekt zmiany regulaminu Izby uchwalono odłożyć na osobne »ad hoc« posiedzenie.

Warszawa. Towarzystwo pomocy lekarskiej dla ubogich izraelitów w Warszawie udzieliło w r. 1909 55,418 porad lekarskich i wydało własnym kosztem 28,160 lekarstw z aptek. Personal lekarski stanowiło 21 płatnych lekarzy. Wpływy wynosiły 23,152 rb., wydatki 16,897 rb., stan majątku 6254 rb. Wiceprezesem Towarzystwa jest Dr H. Higier.

— Jubilaci Dr Henryk Dobrzycki i Dr Bolesław Gepner zostali mianowani członkami honorowymi Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

— Dr Stanisław Serkowski (Śto-Krzyska 16), przystąpił do druku podręcznika bakteryologii, wydawanego z pomocą Kasy im. Mianowskiego; chcąc zaś w podręczniku jak najdokładniej uwzględnić piśmiennictwo polskie, prosi autorów prac z zakresu bakteryologii, zwłaszcza dawniejszych, o nadsyłanie odbitek.

— W Warszawie otwarto listę składek na założenie pracowni psychologicznej, stosownie do uchwały I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich; ofiary przyjmuje warszawski Bank handlowy.

— »Wydział bytu lekarzy« Stowarzyszenia lekarzy polskich zajmował się sprawą zwalczania niewłaściwej reklamy lekarskiej na zasadzie referatu Dra J. Zawadzkiego (ogłoszonego w Nrze 8 »Medycyny i Kroniki lek.«).

— Nowy Zakład mechanoleczniczy otworzył Dr W. Biesiekierski.

— Dr H. Fidler, prezes Towarzystwa lekarskiego w Radomiu, obchodzi w d. 27. b. m jubileusz ćwierćwiekowej pracy lekarskiej. Zasłużonemu na polu zawodowem i społecznem Jubilatowi składamy ze swej strony serdeczne życzenia, by dalsza Jego działalność równie bogate wydawała plony.

Z różnych stron. Instytut Pasteura w Paryżu zakłada kosztem 400,000 fr. pracownię do badania zjawisk promieniotwórczych i ich zastosowania w lecznictwie. Kierunek działu naukowego obejmie p. Skłodowska-Curie.

Mianowani: Prof. Pirquet dyrektorem kliniki pedyatrycznej we Wrocławiu; Prof. Udrańsky profesorem fizyologii w Peszcie; Doc Maximow profesorem histologii w Petersburgu.

Zmarli: Dermatolog Prof. Rona w Peszcie, neurolog Prof. Windscheid w Lipsku, ginekolog Prof. Ogden w Toronto;
Dr Aleksy Ludwik Nowakowski w 33 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Maziarski: Sur les changements morphologiques de la structure nucleaire dans les cellules glandulaires«. Archiv f. Zellforschung« 1910. — Grossek: Główne zasady higieny obuwia. »Zdrowie« 1910. — Krokiewicz: Moje wyniki leczenia gruźlicy. Kraków, 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 2. marca 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Dra Browicza: »Wyniki i znaczenie przeszczepiań raka«. (Z seryi wykładów o raku, zorganizowanych przez Zarząd Towarzystwa).

X. Walne Zgromadzenie krajowego Związku lekarzy odbędzie się **w sobotę dnia 12 marca 1910 r. o godzinie 6 wieczorem** w Krakowie w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie Wydziału. 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Wybory Wydziału na rok 1910. 5) Wnioski i interpelacye.

Wyciąg ze statutu Związku: § 20. Walne Zgromadzenie składa się z delegatów Kół, względnie ich zastępców, członków Wydziału, członków Komisyi kontrolującej i Sądu polubownego. — § 31. Zanim powstaną Koła Związku i wybiorą swoich delegatów na Walne Zgromadzenie Związku, względnie zanim dotychczasowe Związki obwodowe i Organizacye powiatowe lekarzy, należące do Związku, nie przekształcą się na Koła po myśli obecnie zmienionego statutu, składać się będzie Walne Zgromadzenie Związku ze wszystkich członków Związku.

W „Bibliotece medyków“ w Krakowie (ul. św. Anny 12) odbędzie się **1 marca b. r. o godz.** 7½ wieczorem odczyt Dr Blassberga: »Rola leukocytów w ustroju«.

Staraniem zaś komisyi ankietowej tegoż Towarzystwa odbędzie się **5 marca b. r. w sali Kopernika** (Collegium novum) wykład Prof. Dra Wachholza: »Uwagi z fizyologii i patologii popędu płciowego«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Dr Ripa. (Med.-Chirurg. Centralbl. Nr 52, 1909).
Na podstawie najnowszych badań środków lekarskich udało się otrzymać »pyrenol«, który w leczeniu cierpień dróg oddechowych okazał się dobrym przetworem leczniczym. Zbadany w wielu zakładach leczniczych i uznany za dobry, znalazł pyrenol również zastosowanie w miejskim szpitalu w Baden w 50 przypadkach influenzy z doskonałym skutkiem. W cięższych przypadkach podawano pyrenol w stosunkowo silnych dawkach 4 r. dz. po 1 grm. i otrzymano korzystne wyniki. Pyrenol, zwalczając gorączkę, bole i nieżyt dróg oddechowych, działał korzystnie i powodował łagodniejszy przebieg influenzy. Część chorych opuściła szpital już po 5-dniowym pobycie. Lżejsze przypadki influenzy, w których były mniejsze wahania ciepłoty i lżejsze nieżyty dróg oddechowych powiodło się wyleczyć rychło energicznemi dawkami pyrenolu (3 do 4 r. dz. à 1·0). Również okazał pyrenol korzytne działanie przy stosowaniu go w nieżytach krtani i oskrzeli, a także w zapaleniu płuc, bez różnicy, czy to cierpienie było lub nie było w związku z influenzą. W chorobach dziecięcych stosowano pyrenol w odrze i w zapaleniu płuc z dobrym skutkiem, podając go z sokiem malinowym w 2% rozczynie. Hr. W